# INSTITUTO TECNOLOGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY

RECTORIA DE ESCUELAS NACIONALES DE POSGRADO

EGADE BUSINESS SCHOOL Y EGAP GOBIERNO Y POLITICA PUBLICA

EGAP
Gobierno y Política Pública
TECNOLÓGICO DE MONTERREY

"ANALISIS DEL MODELO DE GESTION EN CALIDAD HOSPITALARIA: EL CASO DE LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA No. 34 DEL IMSS EN MONTERREY, NUEVO LEON"

T E S I N A

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE:

MAESTRA EN ADMINISTRACION PUBLICA Y POLITICA PUBLICA

POR:

KARLA JOVANNA TORRES CASTILLO

MONTERREY, N. L. DICIEMBRE DE 2011

# INSTITUTO TECNOLOGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY

RECTORIA DE ESCUELAS NACIONALES DE POSGRADO

EGADE BUSINESS SCHOOL Y EGAP GOBIERNO

Y POLITICA PUBLICA

EGAP.
Gobierno y Política Pública
TECNOLÓGICO DE MONTERREY

"ANALISIS DEL MODELO DE GESTION EN CALIDAD HOSPITALARIA: EL CASO DE LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA No. 34 DEL IMSS EN MONTERREY, NUEVO LEON"

T E S I N A

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE:

MAESTRA EN ADMINISTRACION PUBLICA

Y POLITICA PUBLICA

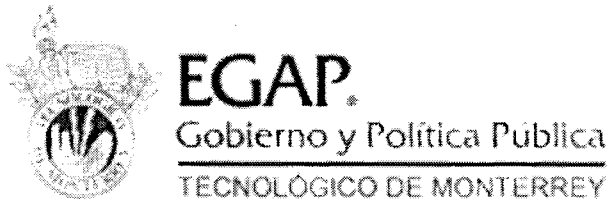
POR:

KARLA JOVANNA TORRES CASTILLO

MONTERREY, N. L. DICIEMBRE DE 2011

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY

RECTORÍA DE ESCUELAS NACIONALES DE POSGRADO EGADE BUSINESS SCHOOL Y EGAP GOBIERNO Y POLÍTICA PUBLICA




# "ANÁLISIS DEL MODELO DE GESTIÓN EN CALIDAD HOSPITALARIA: EL CASO DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGÍA #34 DEL IMSS EN MONTERREY, NUEVO LEÓN"

TESINA

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y POLÍTICA PÚBLICA

POR:

KARLA JOVANNA TORRES CASTILLO

MONTERREY, N.L. DICIEMBRE DE 2011

**INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MONTERREY**

**RECTORIA DE ESCUELAS NACIONALES DE POSGRADO EGADE BUSINESS SCHOOL Y EGAP GOBIERNO Y POLÍTICA PÚBLICA**

Los miembros del comité de tesina recomendamos que el presente proyecto de tesina presentado por la Lic. Karla Jovanna Torres Castillo sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado académico de:

**Maestra en Administración Pública y Política Pública**

Comité de Tesina:

Dr. Jesús Rubio Campos
Asesor

Dr. Gregorio Martínez Ozuna
Sinodal

Dr. Héctor Joel Velarde Mora
Sinodal

***Dedicatoria:***

*Para mis padres por su apoyo incondicional.*
*Para Luis por el soporte durante*
*esta investigación.*

*"Una buena estructura aumenta la probabilidad de un buen proceso,*
*y un buen proceso aumenta la probabilidad de un buen resultado"*
*(Donabedian, 1988).*

**Resumen:**

El desarrollo de los estándares sobre la importancia de la satisfacción del usuario, a la par con la evolución de los modelos de gestión pública, han llevado a la transición de modelos administrativos rígidos y burocráticos, hacia modelos centrados en el ciudadano, donde el individuo es capaz de demandarle a sus autoridades un mejor servicio ofrecido en las instituciones públicas, y las instituciones de salud no son la excepción. Esto a su vez, ha generado la necesidad de una mejora continua de calidad en atención y procesos ligados al paciente. La calidad permite el establecimiento de indicadores, así como el monitoreo continuo de los procesos operacionales y de atención en toda institución prestadora de servicios, para así garantizar el cumplimiento efectivo de lineamientos que permitan ofrecer la máxima calidad posible, así como un área de mejora constante y optimización de procesos.

Como resultado de esto, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en conjunto con Transparencia Mexicana A.C., llevó a cabo durante el 2009 una serie de encuestas sobre la calidad en atención y servicios al paciente entre derechohabientes del IMSS. La encuesta reveló que las principales razones por las cuales los usuarios presentan inconformidad en sus Unidades Médicas son debido a: largos tiempos de espera (41%); el mal trato (32%), y la falta de abastecimiento de medicamentos (11%).

Basados en las estipulaciones de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal de México, se pretende verificar la existencia de un Modelo de Gestión en Calidad Hospitalaria en Monterrey, Nuevo León, cuya cultura organizacional y administración se vean reflejadas en los óptimos resultados de sus procesos de atención médica. De esta manera, se pretenden desarrollar sugerencias que promuevan mejoras en las políticas públicas del sector salud y que a su vez permitan elevar y optimizar los niveles y expectativas de los pacientes y el personal que labora para el cumplimiento de estas funciones.

A su vez, se analizarán los principales aciertos y áreas de oportunidad del modelo de gestión encontrado, así como su transferibilidad para que en caso de ser favorables, se proponga la formalización de la adopción de un modelo de calidad símil al encontrado.

Para ello, se llevó a cabo una investigación del tipo mixta (cualitativa y cuantitativa) mediante la aplicación de encuestas (preguntas abiertas y cerradas) en una reconocida unidad médica en la ciudad de Monterrey: Unidad Médica de Alta Especialidad No. 34 de Cardiología (UMAE 34) del IMSS, así como entrevistas semiestructuradas al personal responsable de calidad en atención al paciente en esta misma unidad médica. A la par, se realizaron visitas de observación en la misma institución prestadora de servicios de salud. Los indicadores bajo los cuales analizaremos las condiciones actuales en atención y calidad al paciente son: a) Dimensión Interpersonal (que abarca la calidez y trato digno al paciente), b) Dimensión Técnica (la cual abarca el proceso de recepción, registro efectivo del paciente, abasto de medicamentos, atención médica brindada) y c) Dimensión de Confort y Eficacia (satisfacción del profesional, satisfacción para el cliente, continuidad en la mejora y accesibilidad).

Para fines prácticos de esta investigación, nos enfocamos en una propuesta para la estandarización de procesos, mediante un modelo de gestión en calidad hospitalaria en el área de 'Atención centrada en los pacientes y familiares' y 'Procesos de admisión y gestión de pacientes'. La conceptualización del modelo prevé que la función rectora la ejerza la Secretaría de Salud del Gobierno Federal a través de la junta de gobierno de cada unidad. Para lograr este objetivo, la selección y establecimiento de una herramienta de trabajo como un Sistema de Planificación Empresarial será clave para la medición de resultados y el cumplimiento de metas. Así, se podrá transitar de la unidad de atención centrada en las necesidades del proveedor, hacia la organización centrada en el 'cliente', interconectada a procesos, con infraestructura, tecnología y capacidades humanas apropiadas.

Entre los principales hallazgos obtenidos durante el desarrollo de esta investigación mediante la aplicación de encuestas, entrevistas semiestructuradas, así como visitas a las instalaciones de la UMAE 34, se encuentran como principales áreas de oportunidad las listadas a continuación:

1. Inobservancias en La Ley del Seguro Social
2. Inconformidad en cuestiones de limpieza
3. Mal trato por parte de los guardias de seguridad
4. Largos tiempos de espera para consultas

Sin embargo, la investigación cuantitativa realizada nos permite corroborar que el llevar a la práctica un modelo de gestión de calidad de manera efectiva logra listar a la UMAE 34 con una calificación promedio de 9 en cuanto a satisfacción por parte del usuario, esto en comparación con la calificación de 4.6 obtenido a nivel nacional de acuerdo a las encuestas del Grupo Reforma.

El trabajo logrado por la administración de la UMAE 34 en sus últimos 12 años ha servido sin duda alguna como ejemplo para el resto de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Ha demostrado que mediante una administración eficiente, al igual que un compromiso por realizar operaciones de calidad es posible para llevar una institución pública a competir al nivel de una institución privada.

El esfuerzo y la perseverancia por parte de la UMAE 34 es notorio. Aún así, como sus propios miembros lo señalan, siempre hay espacio para una mejora continua.

## Índice


Tema:..... Pág.
Resumen:....4
1. Introducción....9
*1.2 Objetivo General*....*13*
*1.2.1 Objetivo Especifico*....*13*
*1.3 Introducción al Concepto de Calidad*....*14*
2. Justificación....16
*2.1 Antecedentes*....*19*
3. Metodología....23
*3.1 Tabla Metodología*....*26*
*3.2 Encuesta e Indicadores de Medición*....*27*
*3.2.1 Proceso de Recolección de Información*....*28*
4. Marco Teórico....31
*4.1 Gestión Pública y Política Pública*....*31*
*4.2 Implementación de la Política Pública*....*32*
*4.2.1 Principales fallas en Implementación de la Política Pública*....*34*
*4.2.2 Calidad en el Diseño y la Implementación de Políticas Públicas*....*35*
5. Marco Institucional Mexicano....36
*5.1 Sistema Nacional de Salud (SNS) en México*....*36*
*5.2 Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica*....*37*
*5.3 Estructura de Certificación de Hospitales en México*....*38*
*5.4 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente*....*39*
*5.5 Instituto Mexicano de Normalización y Certificación*....*40*
6. Resultados de la Investigación Cualitativa....41
*6.1 Cronología de la Calidad en IMSS 34*....*41*
*6.2 Estructura Organizacional de Fomento a la Calidad en IMSS 34*....*43*
*6.2.1 Sistema de Gestión de la Calidad IMSS 34*....*44*
*6.3 Hallazgos en Administración de la Calidad en UMAE 34*....*45*
*6. 4 Hallazgos en Atención al Derechohabiente*....*46*
*6.5 Hallazgos Actuales y Proyecciones a Mediano Plazo en México*....*52*
7. Resultados de Investigación Cuantitativa....53
*7.1 Gráficos de Resultados*....*54*
8. Resultados de la Investigación Documental....63
*8.1 Medición de Indicadores y Resultados*....*63*
*8.2 Modelo de Excelencia en la Gestión*....*64*
9. Triangulación de Hallazgos....65
*9.1 Relación Teórica e Investigación Práctica: Fallas en la Implementación*....*68*
10. Conclusiones....69
11. Recomendaciones finales....71
12. Bibliografía....74
13. Anexos....79

## Índice de Cuadros en la Investigación

Cuadro 1: Conceptos de Calidad ..... 14
Cuadro 2: Modelo de Gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad ..... 21
Cuadro 3: Plan de Acción del Modelo de Gestión del HRAE ..... 22
Cuadro 4: Metodología de Investigación ..... 26
Cuadro 5: Proceso Muestral para la Recolección de Información ..... 29
Cuadro 6: Sistema de Gestión de la Calidad UMAE No. 34 ..... 44
Cuadro 7: ¿La persona de enfermería se presentó con usted y se dirige a usted por su nombre? ..... 54
Cuadro 8: ¿Considera que el equipo técnico (aparatos y herramientas) en el hospital es suficiente y el adecuado para atenderle? ..... 56
Cuadro 9: ¿Se encuentra usted conforme con el servicio que recibió en su visita? ..... 57
Cuadro 10: ¿Considera que los tiempos de espera en el hospital son adecuados? ..... 58
Cuadro 11: Calificación Promedio de Diversos Servicios en Escala de 10 Puntos ..... 59
Cuadro 12: Tablas de Resultados de Encuestas I ..... 61
Cuadro 13: Tablas de Resultados de Encuestas II ..... 62
Cuadro 14: Tabla de Resultados Cualitativos de Encuestas III ..... 62
Cuadro 15: Beneficios de la Implementación de Herramientas Tecnológicas ..... 73

## Índice de Cuadros Anexos

Cuadro Anexo 1: Confianza en los Servicios de Salud Publica ..... 79
Cuadro Anexo 1.1: Uso de Servicios Médicos del IMSS ..... 79
Cuadro Anexo 1.2: Calificación de Servicios Médicos del IMSS ..... 80
Cuadro Anexo 1.3: Calidad Servicios Médicos Públicos y Privados ..... 80
Cuadro Anexo 1.4: Satisfacción en Servicios Médicos Ofrecidos ..... 81
Cuadro Anexo 1.5: Percepción de Servicios Médicos del IMSS ..... 81
Cuadro Anexo 2: Comportamiento de la curva de errores muestrales ..... 82
Cuadro Anexo 3: Error Muestral Para Poblaciones Finitas ..... 83
Cuadro Anexo 4: Diagrama de Operación ..... 84
Cuadro Anexo 5: Camino: Planeación – Evolución ..... 86
Cuadro Anexo 6: Criterios del Modelo ligados a Información ..... 87
Cuadro Anexo 7: Subsistema: Hospital de Cardiología No. 34 ..... 88
Cuadro Anexo 8: Tablas de Resultados de Encuestas ..... 89
Cuadro Anexo 9: Formato IMSS – Volante para Buzón ..... 90

## Índice de Cuadros en la Investigación

Cuadro 1: Conceptos de Calidad ..... 14
Cuadro 2: Modelo de Gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad ..... 21
Cuadro 3: Plan de Acción del Modelo de Gestión del HRAE ..... 22
Cuadro 4: Metodología de Investigación ..... 26
Cuadro 5: Proceso Muestral para la Recolección de Información ..... 29
Cuadro 6: Sistema de Gestión de la Calidad UMAE No. 34 ..... 44
Cuadro 7: ¿La persona de enfermería se presentó con usted y se dirige a usted por su nombre? ..... 54
Cuadro 8: ¿Considera que el equipo técnico (aparatos y herramientas) en el hospital es suficiente y el adecuado para atenderle? ..... 56
Cuadro 9: ¿Se encuentra usted conforme con el servicio que recibió en su visita? ..... 57
Cuadro 10: ¿Considera que los tiempos de espera en el hospital son adecuados? ..... 58
Cuadro 11: Calificación Promedio de Diversos Servicios en Escala de 10 Puntos ..... 59
Cuadro 12: Tablas de Resultados de Encuestas I ..... 61
Cuadro 13: Tablas de Resultados de Encuestas II ..... 62
Cuadro 14: Tabla de Resultados Cualitativos de Encuestas III ..... 62
Cuadro 15: Beneficios de la Implementación de Herramientas Tecnológicas ..... 73

## Índice de Cuadros Anexos

Cuadro Anexo 1: Confianza en los Servicios de Salud Publica ..... 79
Cuadro Anexo 1.1: Uso de Servicios Médicos del IMSS ..... 79
Cuadro Anexo 1.2: Calificación de Servicios Médicos del IMSS ..... 80
Cuadro Anexo 1.3: Calidad Servicios Médicos Públicos y Privados ..... 80
Cuadro Anexo 1.4: Satisfacción en Servicios Médicos Ofrecidos ..... 81
Cuadro Anexo 1.5: Percepción de Servicios Médicos del IMSS ..... 81
Cuadro Anexo 2: Comportamiento de la curva de errores muestrales ..... 82
Cuadro Anexo 3: Error Muestral Para Poblaciones Finitas ..... 83
Cuadro Anexo 4: Diagrama de Operación ..... 84
Cuadro Anexo 5: Camino: Planeación – Evolución ..... 86
Cuadro Anexo 6: Criterios del Modelo ligados a Información ..... 87
Cuadro Anexo 7: Subsistema: Hospital de Cardiología No. 34 ..... 88
Cuadro Anexo 8: Tablas de Resultados de Encuestas ..... 89
Cuadro Anexo 9: Formato IMSS – Volante para Buzón ..... 90

## 1. Introducción

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México, dio pie a la creación de un Sistema de Protección Social en Salud, emprendido por la Secretaría de Salud. Entre sus estrategias para el desarrollo y fortalecimiento de las instituciones de salud mexicanas, se propuso "avanzar hacia un modelo integrador de atención a la salud" (Secretaría de Salud, 2006), enfocado principalmente hacia la atención de los usuarios, garantizando eficacia en la atención y calidad óptima. Basado en esto, nace la concepción de un modelo de gestión de unidades médicas que surge mediante la suma de esfuerzos en diferentes aristas: Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), Plan Maestro de Infraestructura y Equipamiento (PMIE), así como en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Mediante la propuesta de un Modelo de Gestión en Calidad Hospitalaria en México, se pretende establecer un sistema integral que permita dirigir y administrar eficientemente unidades de servicios médicos, definiendo rigurosamente premisas para su diseño, funciones, financiamiento y provisión de servicios, así como de todos los actores involucrados. La integración y optimización de este modelo de gestión, consecuentemente generará una mejora en el desempeño de las unidades en la prestación de servicios de alta calidad y eficiencia. "Se propone que la prestación de servicios sea realizada a través de la organización por procesos y propuestas innovadoras con relación al factor humano, mediante la clasificación del personal según sus funciones" (Secretaría de Salud, 2006). La conceptualización del modelo prevé que la función rectora la ejerza la Secretaría de Salud del Gobierno Federal a través de la junta de gobierno de cada unidad (ídem).

Una de las instituciones mexicanas comprometidas a guiarse mediante los lineamientos establecidos internacionalmente en el cumplimiento de las normas en calidad y atención al paciente, es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estas normas de calidad, coinciden a su vez con la misión y visión propia de las

Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) pertenecientes al IMSS, ya que tienen un compromiso con la sociedad al definir en su misión el "cumplir las expectativas de nuestros usuarios y prestaciones de servicio así como estándares de certificación internacional" (UMAE 34, 2010). Por ello, el IMSS decide crear el "Premio IMSS de Calidad", el cual desde 2008, adopta como herramienta de evaluación el Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI) el cual sirve como referencia para evaluar, impulsar y reconocer la competitividad de las diferentes unidades administrativas del IMSS (IMSS, 2010).

Este modelo, permite verificar y evaluar, el grado de implantación de un Sistema de Gestión de Calidad en las instituciones prestadoras de salud pública como lo es la UMAE 34 en Nuevo León. Esta unidad médica ubicada en la calle: Ma. De Jesús Candia, en la Colonia 14, entre avenidas Ruiz Cortínez y Lincoln, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León fue seleccionada como el caso de estudio a analizar en la presente investigación debido a su gran compromiso mostrado hacia el cumplimiento de normas de calidad y la mejora continua en los últimos años. La UMAE 34 fue fundada en 1995 y dentro de sus primeros 5 años de existencia logró establecer la importancia de mantener altos estándares de calidad. A partir de ello, reclutó un equipo de trabajo altamente especializado en calidad hospitalaria, para así establecer los lineamientos de operación que permitiesen lograr cumplir con objetivos de satisfacción al usuario y mejora continua en procesos de calidad. Prueba de ello, son los diversos reconocimientos obtenidos en los últimos años, como el Premio IMSS a la Calidad 2005-2011, el Premio Baxter al liderazgo en 2008, la certificación por el Consejo de Salubridad, entre otras certificaciones de gran prestigio como el ISO-9000.

A continuación se presenta a detalle la información que se revisará en cada uno de los capítulos de esta investigación:

Capítulo 1: Establece los objetivos generales y específicos para el desarrollo de este proyecto. Incluye una revisión completa sobre los diferentes conceptos de

calidad comúnmente utilizados por instituciones de salud y finalmente propone un concepto de calidad propio, el cual se utiliza como base para medir la calidad durante la investigación.

Capítulo 2: Presenta de manera breve pero concisa los diferentes esfuerzos realizados en México para lograr la estandarización de prácticas hospitalarias de calidad.

Capítulo 3: La metodología utilizada durante esta investigación se detalla por medio de una tabla que permite definir uno a uno los objetivos de investigación y las herramientas utilizadas para la recolección de la información. Se presenta a detalle la estructura de la encuesta que se utiliza, así como el proceso de recolección de información definiendo la muestra a utilizar.

Capítulo 4: En el marco teórico se realiza un exhaustivo análisis sobre el alto valor de la calidad en el diseño y el desarrollo de políticas públicas orientadas al sector salud. Así mismo se hace hincapié sobre la importancia de la correcta implementación de las mismas y se enlistan las principales fallas en los procesos de implementación.

Capítulo 5: Complementando el capítulo anterior, la revisión del Sistema Nacional de Salud junto al Marco Institucional Mexicano nos permite conocer la estructura para la certificación de hospitales en México, así como las metas nacionales internacionales para la seguridad del paciente.

Capítulo 6: Se presentan los resultados obtenidos mediante la investigación cualitativa, esto incluye visitas al hospital, así como entrevistas semiestructuradas con los departamentos de subdirección vespertina, jefatura de calidad, atención al derechohabiente y departamento de ingeniería biomédica.

Capítulo 7: Aborda los resultados cuantitativos obtenidos mediante la aplicación de encuestas a pacientes y familiares de pacientes en la UMAE 34. Los hallazgos de la investigación cuantitativa nos permiten comparar a la UMAE 34 con el promedio de calificación obtenido por los hospitales del IMSS en una encuesta aplicada a derechohabientes en 2009 a nivel nacional.

Capítulo 8: Los resultados de la investigación documental nos permiten verificar la existencia de modelos de calidad, así como indicadores y resultados continuamente medibles. Se presenta una breve reseña sobre el Modelo de Excelencia en la Gestión.

Capítulo 9: Presenta una triangulación de hallazgos que nos permite profundizar mediante el análisis y la comparación los resultados obtenidos durante la investigación documental, cualitativa y cuantitativa. Este proceso funge como base importante para la generación de conclusiones y recomendaciones finales.

Capítulo 10: Las conclusiones generadas en esta investigación surgen como resultado de la investigación y los resultados encontrados. Se enlistan los principales aciertos y áreas de oportunidad de la Unidad Médica de Alta Especialidad #34.

Capítulo 11: Se abordan sugerencias y recomendaciones finales para la mejora en las áreas de oportunidad encontradas. Así mismo se presentan puntos importantes a considerarse para futuras investigaciones en el tema de calidad en la atención hospitalaria en México.

Capítulos 12 y 13: Incluyen la bibliografía utilizada para la elaboración y guía de este proyecto, así como todos aquellos documentos que se consideran fundamentales para un mayor entendimiento sobre los métodos, modelos y resultados encontrados.

## 1.2 Objetivo General

El objetivo general de esta investigación es conocer la percepción actual por parte del derechohabiente del IMSS sobre la calidad en atención al paciente en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 34 (UMAE 34). Esto se logrará mediante sesiones de trabajo de campo (observación y entrevistas semiestructuradas), así como por medio de aplicación de encuestas a pacientes y familiares de pacientes, sobre los servicios recibidos, con el fin de detectar los principales aciertos y áreas de oportunidad en la institución prestadora de servicios de salud, de manera que podamos generar recomendaciones que permitan elevar y optimizar la calidad en atención al paciente en esta unidad médica. Asimismo, se pretende verificar si existe o no, un modelo estandarizado de gestión en calidad hospitalaria en la UMAE 34, el cual pueda ser transferible a otras unidades del IMSS.

### 1.2.1 Objetivo Especifico

Conocer el sistema de gestión de calidad hospitalaria utilizado actualmente en la UMAE 34. De esta manera, se pretenden generar recomendaciones puntuales y aplicables a la UMAE 34 del IMSS que garanticen la mejora en los procesos de calidad en atención al paciente cumpliendo con las metas, estándares y objetivos previamente establecidos en la institución, A su vez, esta propuesta deberá complementar los lineamentos de operación del hospital, de manera que la recomendación emitida sea capaz de implementarse junto a los estándares MOCERI propuestos por el Consejo de Salubridad en un periodo menor a un año, ya que en marzo de 2012 la UMAE 34 aspira a renovar sus acreditaciones ante el consejo. Finalmente, se verificará o rechazará la hipótesis sobre la existencia de un modelo estandarizado en gestión de calidad hospitalaria que pueda ser replicable (o transferible) a otras unidades del IMSS.

## 1.3 Introducción al Concepto de Calidad

Dado que la presente investigación basa sus objetivos de estudio en los modelos de calidad en gestión hospitalaria, debemos empezar haciendo un recorrido por los diversos conceptos de calidad. La definición de calidad en los servicios de salud es difícil, principalmente debido a que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de percepción, gustos, intereses, costumbres y nivel educativo entre otros factores más. Por tal motivo, se enlistan a continuación una serie de definiciones del concepto de calidad hospitalaria con el fin de entender a mayor profundidad los parámetros bajo los cuales esta investigación se desarrolla. Asimismo, se propone una definición de calidad propia, mediante la cual se regirá este proyecto.

Cuadro 1: Conceptos de Calidad

| Autor | Año | Definición |
|---|---|---|
| Donabedian | 1980 | Calidad es el modelo de asistencia generado para maximizar el nivel de bienestar del paciente. Para ello, se debe tomar en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso de asistencia al paciente: técnico, interpersonal y confort. |
| Organización Internacional de Estandarización (ISO) | 1997 | La calidad se determina comparando las características intrínsecas de un proceso y los requerimientos para el cumplimiento de este. Cuando ambas características cumplen el nivel más alto, la excelencia en calidad es alcanzada. |
| Ministerio de Sanidad de Reino Unido | 1997 | Calidad en atención al paciente consiste en hacer las cosas adecuadas para las personas adecuadas, en el momento preciso y de manera correcta desde la primera vez. |
| Consejo de Europa | 1998 | La calidad en atención al paciente se logra cuando el grado del tratamiento proporcionado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual. |
| Premio IMSS a la Calidad | 1998 | Calidad asistencial se define como el proceso de mejora continua en unidad médica, debe tener un propósito muy claro, el de mejorar los procesos de la atención médica para satisfacer las necesidades y demandas de la población usuaria. |
| Comisión Interinstitucional de Enfermería de México | 2003 | La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente [...] de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios". |

Fuente: Elaboración propia con base en Donabedian 1980; ISO 1997, Ministerio de Sanidad (Reino Unido) 1997; Consejo de Europa 1998; Premio IMSS a la Calidad 1998, OMS 2000; Instituto de Medicina (IOM) 2001; Comisión Interinstitucional de Enfermería 2003.

En 1980, El Dr. Avedis Donabedian (Profesor Emérito de Salud Pública por la Universidad de Michigan y con una amplia carrera en la sistematización de conocimientos dentro de las ciencias de la salud, especialmente centrada en la mejora de la calidad asistencial) define una atención de alta calidad en diferentes facetas: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social (Donabedian, 1980).

De acuerdo a los indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios del Hospital Clinicoquirúrgico de Cuba, calidad y eficiencia son nociones abstractas, y por ende la necesidad de medirlas es obvia, sin embargo esto es siempre un desafío, ya que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, así como la parte que se relaciona con la atención prestada (Jiménez, 2004).

Murray y Frenk (2000) consideran que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, y a su vez, que este desempeño debe evaluarse con base en objetivos definidos (*goal performance*) y que debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles.

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad y eficiencia sirven como base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones, mejoras, innovaciones y cambios tanto en el espacio y como a través del tiempo. De esta manera, toda institución es capaz de crear su historia clínica como documento principal del proceso en el cual se determinan indicadores, como lo son: evaluaciones de la calidad documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención al paciente.

Actualmente se cuentan con claras definiciones sobre la importancia, en materia de salud, en cuanto a la eficiencia y calidad en atención a pacientes, la cual se "concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y

eficiente [...] de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios" (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2003).

Derivado de las definiciones analizadas anteriormente, este proyecto definirá la calidad en atención al paciente como:

El conjunto de acciones oportunas, seguras y eficaces de la institución prestadora de servicios de salud que mediante un trato amable, humano y personalizado por parte del personal médico, de enfermería y técnico (laboratorios, radiografías, entre otros) permita servir e informar de manera adecuada, constante y en tiempos óptimos al paciente, sobre los cambios y avances en su consulta y estado de salud.

## 2. Justificación

Una vez habiendo definido la trascendental importancia de prestar servicios de salud con alta calidad, se presenta a continuación una cronología sobre la importancia de llevar a cabo la estandarización de procesos y adopción de modelos de calidad que permitan garantizar el cumplimiento de normas y estándares que midan y mejoren la calidad en atención al paciente brindada en México.

Las operaciones para la estandarización de procesos en materia de calidad y atención al paciente en México se realizan de manera voluntaria y deliberada por aquellas instituciones y clínicas médicas, tanto públicas como privadas, que desean conocer los niveles de calidad en atención al paciente que manejan. Por lo tanto, no se cuenta con un proceso, o metodología, que centralice estos resultados y que de seguimiento a procesos tan elementales como la medición de calidad en los servicios brindados.

eficiente [...] de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios" (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2003).

Derivado de las definiciones analizadas anteriormente, este proyecto definirá la calidad en atención al paciente como:

El conjunto de acciones oportunas, seguras y eficaces de la institución prestadora de servicios de salud que mediante un trato amable, humano y personalizado por parte del personal médico, de enfermería y técnico (laboratorios, radiografías, entre otros) permita servir e informar de manera adecuada, constante y en tiempos óptimos al paciente, sobre los cambios y avances en su consulta y estado de salud.

## 2. Justificación

Una vez habiendo definido la trascendental importancia de prestar servicios de salud con alta calidad, se presenta a continuación una cronología sobre la importancia de llevar a cabo la estandarización de procesos y adopción de modelos de calidad que permitan garantizar el cumplimiento de normas y estándares que midan y mejoren la calidad en atención al paciente brindada en México.

Las operaciones para la estandarización de procesos en materia de calidad y atención al paciente en México se realizan de manera voluntaria y deliberada por aquellas instituciones y clínicas médicas, tanto públicas como privadas, que desean conocer los niveles de calidad en atención al paciente que manejan. Por lo tanto, no se cuenta con un proceso, o metodología, que centralice estos resultados y que de seguimiento a procesos tan elementales como la medición de calidad en los servicios brindados.

Los primeros esfuerzos por medir la calidad en atención al paciente de manera estructurada, estandarizada y visible al público en México, surgen en 2003 por parte de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Comisión Interinstitucional de Enfermería. Sin embargo, es hasta 2009 cuando las primeras publicaciones sobre encuestas nacionales de calidad al paciente en el sector salud, se dan a conocer en su totalidad por medio de la página del IMSS[1].

Con el propósito de generar un marco contextual que nos permita analizar la situación actual en la calidad de atención al paciente en México, se presentan los resultados de acuerdo al Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP) de la Cámara de Diputados, mediante una encuesta realizada en 2007. En esta encuesta, se señala el porcentaje de encuestados que contestó tener "mucha confianza" en los servicios de salud pública prestados en su país. Se encontró que el nivel de confianza en México hacia los servicios de salud pública es del 5%. Esto, en comparación con otros países vecinos como Estados Unidos y Canadá donde los niveles de confianza son de 36% y 28% respectivamente resulta alarmante (Anexo: Cuadro Anexo 1).

De acuerdo a esta misma encuesta aplicada en Agosto de 2007 por parte del CESOP a derechohabientes de la misma institución, se encontraron diversos resultados que muestran las principales áreas de oportunidad con las que cuenta el sistema de salud en México en materia de calidad en atención al paciente. Entre los principales datos recabados encontramos que el 71% de los derechohabientes han utilizado alguna vez los servicios médicos del IMSS, mientras que el 29% no los ha utilizado. Posteriormente se les preguntó si preferirían aportar su cuota al IMSS y usar sus servicios a lo que un 50% respondió sí. Sin embargo, casi a la par, un 42% de los encuestados comentó que preferiría destinar su cuota para pagar un servicio médico privado (Anexo: Cuadro Anexo 1.1).

---

1 Encuesta Nacional de Satisfacción: Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios, disponible en http://www.imss.gob.mx/servicios/encuesta/sat_medicos2.htm.

En una encuesta telefónica nacional levantada por el periódico Reforma, se obtuvo como resultado a la evaluación general de los servicios médicos del IMSS una calificación de 4.6 calificación promedio (Grupo Reforma, 2004). Esto nos indica que entre los derechohabientes que han utilizado el servicio, existen descontentos e insatisfacción con el servicio que actualmente están recibiendo. Un total de 42% de encuestados considera la calidad del servicio como 'regular', mientras que un 27% lo considera 'malo/muy malo' (Anexo: Cuadro Anexo 1.2 ).

Mediante una comparativa en cuanto al nivel de satisfacción con el servicio provisto entre organismos de salud públicos y privados, existe actualmente una diferencia abismal entre ambos. Un 51% de encuestados se encuentra satisfecho con los servicios médicos ofrecidos en clínicas privadas, mientras que los servicios ofrecidos por el IMSS fueron calificados con solamente un 20% de satisfacción (CESOP, 2007) (Anexo: Cuadro Anexo 1.3).

Por último, presentamos los resultados obtenidos en la misma publicación en cuanto a la percepción de los servicios médicos del IMSS y sus principales áreas de oportunidad: El 35% de los encuestados considera que el abasto de medicamentos no le satisface, un 27% considera que el equipo médico no es suficiente y un 27% considera que las instalaciones tienen áreas oportunidad. Así mismo, se encuestó en cuanto al servicio provisto por el personal del cual un 25% percibe que el trato por parte de la atención de enfermeras no es satisfactorio, y un 24% percibe que la atención de los médicos tampoco le satisface.

A manera de corroborar estos resultados, encontramos que en el período del 16 de noviembre al 23 de diciembre de 2009, se levantó una encuesta a hospitales del IMSS. Este levantamiento fue efectuado por Transparencia Mexicana A.C. para garantizar que la metodología resultados presentados fuesen válidos (IMSS, 2010). La encuesta manifestó que las principales razones por las cuales el derechohabiente cuenta con inconformidad en sus Unidades Médicas del IMSS

son debido a:

1) Tiempos de espera (41%);
2) Mal trato (32%); y
3) Falta de medicamentos (11%).

Estos resultados, nos indican de manera clara la situación actual bajo la cual los derechohabientes califican los servicios otorgados por el sector de salud, tanto pública como privada. El obtener estas cifras permite analizar a mayor profundidad las áreas en las cuales se necesitan mejoras. Así pues, surge en México y demás países afiliados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la propuesta de estandarizar ciertas operaciones y técnicas que permitirán generar "prácticas de clase mundial" así como "identificar, documentar y difundir experiencias exitosas de gestión y en lo que respecta a la seguridad del paciente, con el fin de promover el desempeño con excelencia de las organizaciones del sector salud" (PCGS, 2009), mediante el uso de herramientas de autoevaluación tecnológicas basadas en sistemas médicos modernos para organizaciones complejas, las cuales manejan cantidades importantes de información.

De esta manera, un sistema de planificación de recursos empresariales le permitirá tener un medio de información en el cual todos los elementos que interactúan para su funcionamiento podrán ser "reunidos, procesados y suplementados para dar información necesaria a las diferentes actividades del hospital" (PCGS, 2009), y a su vez, lograr convertirse las instituciones prestadoras de servicios públicas.

## 2.1 Antecedentes

Entre los principales esfuerzos detectados en México para la mejora en la calidad en atención al paciente, se encuentra el de la Comisión Interinstitucional de Enfermería (2003), el cual particularmente tiene como objetivo "sentar las bases

para iniciar un sistema de evaluación de la calidad de atención que brinda el personal de enfermería a los usuarios de los servicios de salud", el cual sirva como una "fuente de información objetiva y confiable para detectar oportunidades y tomar decisiones para incorporar los indicadores de calidad de enfermería en el sistema de monitoreo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud" (Ídem).

Con este objetivo definido, se llevó a cabo en el período de 2002-2003 un esfuerzo por parte de la Secretaría de Salud en México, al realizar por primera vez, en 2003, una evaluación de la calidad de los servicios brindados al paciente en el Distrito Federal. En dicha investigación, la Comisión Interinstitucional de Enfermería propuso tres indicadores para evaluación, siendo a) el cumplimiento de los criterios básicos para la administración de medicamentos por vía oral, b) la vigilancia y control de venoclisis instaladas y c) el trato digno al paciente los tres elementos fundamentales sugeridos para medir la calidad de servicios de una manera homogenizada (Ídem). Cabe señalar que el instrumento presentado por la Comisión Interinstitucional de Enfermería de México funge como una herramienta pionera para registrar un protocolo regulado y documentado de operaciones. La documentación encontrada no presenta resultados post facto a la aplicación de estas evaluaciones.

A la par, actualmente se cuenta con una iniciativa de Modelo de Gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) enfocado en los Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE). Y entre sus objetivos establece "buscar la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, de auxiliares de diagnóstico y terapéuticos, de provisión de servicios hospitalarios a personas internadas o en tratamiento ambulatorio, de provisión de servicios de apoyo a familiares, administrativos, jurídico-legales y de vinculación con el sistema de salud, en un esquema de dirección por procesos acordes a la infraestructura física y los recursos materiales, tecnológicos, financieros y humanos necesarios para un

desempeño óptimo de los servicios de alta especialidad" (Secretaría de Salud, 2006).

Todos estos principios se establecen de manera concreta en las siguientes áreas:

Cuadro 2: Modelo de Gestión del Hospital Regional de Alta Especialidad

| Atención al Paciente | Eficacia en Tiempos | Eficacia en Personal |
|---|---|---|
| Atención centrada en los pacientes y familiares | Consulta externa altamente resolutiva | Equipos multidisciplinarios |
| Protocolos de atención y guías clínicas | Disminución sustancial de la estancia hospitalaria | Continuidad en la atención |
| Visión integral del paciente | Tendencia a la realización de cirugía mayor ambulatoria | Centro de investigación y enseñanza |
| Introducción de nuevas figuras profesionales que giran en torno al paciente | Atención basada en la mejor evidencia | Soluciones gerenciales integrales (tanto de clínica, como de costos) |
| | | Contratación de asociaciones de profesionales de la salud externos |

Fuente: Elaboración propia basada en "El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad" de la Secretaria de Salud, 2006.

Asimismo, se definió una gestión de procesos en innovaciones en gestión hospitalaria en México, para el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE). Este plan de acción involucra acciones en los siguientes rubros:

Cuadro 3: Plan de Acción del Modelo de Gestión del HRAE

| Atención al Paciente | Eficacia Administrativos y Técnicos | Políticas Operacionales |
|---|---|---|
| Procesos de admisión y gestión de pacientes | Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento | Políticas para quirófanos |
| Políticas de admisión de pacientes de primera vez | Abasto de insumos y gestión de farmacia | Políticas para consultas externas |
| | | Políticas para hospitalización |
| | | Políticas de cirugía ambulatoria |

Fuente: Elaboración Propia basada en "El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad" de la Secretaria de Salud, 2006.

Sin embargo, es hasta el 21 de Septiembre de 2009 que se estableció la primera norma para la Implantación del Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI). Durante este año (2009) únicamente se realizaron pruebas en Unidades Medicas Familiares con 10 consultorios del IMSS o más a nivel nacional, para medir su desempeño actual (IMSS, 2010). Hasta hoy en día, el proyecto no ha logrado solidificarse y establecerse como regulatorio ante todas las delegaciones a nivel nacional. En las unidades que obtuvieron un ranking como las 20 unidades mas eficientes, se realizaron visitas y entrevistas para verificar las operaciones y coordinación mediante mapas de proceso críticos, además de identificar desconexiones en procesos. Se localizaron en la línea de servicio en el "área de prestaciones médicas, 184 desconexiones de procesos y 105 de trámite" (IMSS, 2010). Esto nos indica que aún en las unidades prestadoras de servicios, que obtuvieron los mayores puntajes, existen aún áreas de oportunidad en proceso y trámites.

## 3. Metodología

Tras haber detectado el compromiso continuo, así como la entusiasta participación de la UMAE 34 del IMSS hacia el cumplimiento de normas de calidad, se decide establecer este hospital como el elegido para evaluar bajo los lineamientos previamente citados. De esta manera y con el propósito de conocer a profundidad el modelo operacional de gestión en calidad hospitalaria en la UMAE 34 del IMSS y así llevar el desarrollo de este proyecto, se realizó un trabajo bajo el esquema de investigación mixta documentando cada uno de los pasos recomendados por diferentes instituciones y expertos en la materia, sobre la implementación y ejecución en Modelos de Gestión en Calidad Hospitalaria.

Para ello, contamos con la participación -mediante entrevistas semiestructuradas- de: Dr. Héctor Joel Velarde Mora, Subdirector del turno vespertino de la UMAE #34, la Dra. Marycarmen Delgado Trujillo, Jefa de la División de Calidad, así como la Lic. Sandra López, Asistente de Coordinación de Atención al Derechohabiente, y el Ing. Alan Alfonso Montemayor Guevara, Asistente de Coordinación del Departamento de Ingeniería Biomédica, todos miembros de la Unidad Médica de Alta Especialidad 34 de Cardiología (UMAE 34), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con base en Monterrey, Nuevo León.

Asimismo contamos con entrevistas del Dr. Américo Montemayor Leal, Médico Internista y la Lic. Rosaura Puente Coordinadora Administrativa, ambos miembros del Doctors Hospital, perteneciente al Grupo OCA. Durante las entrevistas, los médicos y coordinadores comentaron sobre sus experiencias laborando en las instituciones de salud, particularmente en la estandarización de procesos para brindar una mayor calidad al paciente. Estos colaboradores fueron seleccionados debido a su interés en la mejora continua de procesos en sus áreas laborales, además de ofrecer sus aportaciones en la medida que les fue posible durante el desarrollo de este proyecto.

Parte fundamental del desarrollo de esta investigación fue la aplicación de 30 encuestas de calidad en atención al paciente en una unidad médica en la ciudad de Monterrey: UMAE 34 del IMSS (Ver Anexo: Cuadro 3 de Muestreo).

Los indicadores bajo los cuales analizaremos los condiciones actuales en atención y calidad al paciente se han definido en tres áreas: Dimensión Interpersonal (que abarca la calidez y trato digno al paciente), la Dimensión Técnica (la cual abarca el proceso de recepción, registro efectivo del paciente, abasto de medicamentos, efectividad médica y en tratamientos) y la Dimensión de Confort y Eficacia (satisfacción del profesional, satisfacción para el cliente, continuidad en la mejora y accesibilidad). Los candidatos a participar en el levantamiento de encuestas fueron pacientes dados de alta, así como familiares de los pacientes en consulta de las áreas de Medicina y Consulta Externa u Hospitalización, ya que la UMAE 34 ha detectado inconformidad por parte de los derechohabientes en los tiempos de espera en las consultas, al presentarse demoras. De acuerdo a la Lic. López, el evaluar la calidad en los procesos de atención al paciente permitirá detectar las principales áreas de oportunidad en el departamento, y con éstas identificadas, se pretende adoptar un modelo de gestión departamental que permita la satisfacción del derechohabiente en la calidad en atención y tiempos de espera.

A la par, se han incluido dentro de esta investigación, una serie de documentaciones disponibles por parte de la Secretaría de Salud a nivel Federal y Estatal como base importante para la investigación documental en este proyecto. Entre las principales fuentes bajo las cual se desarrolla esta investigación contamos con diversos organismos como: el Instituto Nacional de Pediatría, el Centro Regional de Alta Especialidad y El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, por parte de la Secretaria de Salud, así como las documentaciones disponibles por parte del IMSS en su portal en línea. Estas documentaciones nos permiten evaluar el contexto actual de la Gestión en Calidad Hospitalaria, así como las innovaciones en gestión hospitalaria de forma general en México. En estos estudios y publicaciones, encontramos un exhaustivo análisis

de todas las herramientas disponibles en el mercado para la estandarización de procesos hospitalarios, con principal enfoque en la Gestión en Calidad Hospitalaria. Estas herramientas, fueron evaluadas por la Secretaría de Salud en México de acuerdo a sus capacidades y funcionalidades, para así proponer la adopción del sistema más integral y efectivo posible.

Esta investigación cuenta también con un marco teórico, el cual hace referencia a la Gestión Pública e Implementación de la Política Pública. La principal razón para exaltar la importancia de la implementación, como uno de los pasos fundamentales en el análisis de políticas públicas, es debido a que en este paso recae un gran peso, el cual lleva a una política pública, de idea a hecho. Para ello encontramos referencia sobre la implementación por parte de Aguilar Villanueva, Wildavsky, Holzer, M, Woodrow, Marilee Grindle, Kauru Ishikawa, Lucy Gaster, entre otros.

Finalmente, se presenta una triangulación de hallazgos que nos permite profundizar mediante el análisis y la comparación los resultados obtenidos durante la investigación documental, cualitativa y cuantitativa. Este proceso funge como base importante para la generación de conclusiones y recomendaciones finales.

La triangulación consiste en una exploración que nos permita encontrar coincidencias y divergencias emanadas de la investigación documental (marco teórico), la investigación cualitativa (observación participante mediante visitas a la UMAE 34 y entrevistas semiestructuradas) y la investigación cuantitativa (encuestas realizadas a pacientes y familiares de pacientes). Esta herramienta de estudio nos permitirá aceptar o rechazar hipótesis mediante la comparativa de las diferentes técnicas de recolección de información.

## 3.1 Tabla Metodología

Cuadro 4: Metodología de Investigación

| Objetivo | Metodología | Técnica | Fuente |
|---|---|---|---|
| Conocer el origen de la Calidad y Gestión Hospitalaria en Nuevo León. Conocer modelo de gestión en calidad del IMSS 34. | Cualitativa | Entrevista Semiestructurada | Dr. Héctor Joel Velarde Mora, Subdirector del turno vespertino de UMAE 34 en Monterrey, Nuevo León. |
| Conocer la operación de Atención al Paciente y Departamento de Quejas | Cualitativa | Entrevista Semiestructurada | Lic. Sandra López, Asistente de Coordinación del Departamento de Atención al Derechohabiente. UMAE 34 en Monterrey, Nuevo León. |
| Conocer los modelos de operación de Gestión Hospitalaria en Instituciones Públicas. | Cualitativa | Entrevista Semiestructurada | Dra. Marycarmen Delgado Trujillo, Jefe de la División de Calidad. UMAE 34 en Monterrey, Nuevo León. |
| Conocer la operación de Gestión Hospitalaria en Instituciones Públicas. | Cualitativa | Entrevista Semiestructurada | Ing. Alán Alfonso Montemayor Guevara. Asistente de Coordinación del Departamento de Ing. Biomédica. UMAE 34 en Monterrey, Nuevo León. |
| Conocer el modelo de Gestión Hospitalaria en Instituciones Públicas y Privadas. | Cualitativa | Entrevista Semiestructurada | Dr. Américo Montemayor Leal. Médico Internista. Doctors Hospital en Monterrey, Nuevo León. |
| Conocer el modelo de Gestión Hospitalaria en Instituciones Privadas. | Cualitativa | Entrevista Semiestructurada | Lic. Rosaura Anyer Puente Madrazo. Coordinadora de Administración. Doctors Hospital en Monterrey, Nuevo León. |
| Documentar los procesos y operaciones actuales a nivel nacional e internacional para la operación de modelos de gestión. | Cualitativa | Investigación Documental | Secretaría de Salud y otras dependencias: IMSS, SSA, Joint Comission International. Caso de Éxito en la estandarización de procesos hospitalarios del Gobierno de Medellín, Colombia |
| Conocer la Percepción sobre la Calidad en Atención al Paciente en el IMSS 34 | Cuantitativa | Encuesta | Encuestas: Octubre 2011: UMAE 34 en Monterrey, Nuevo León. |
| Establecer la importancia de la Implementación de PP. | Cualitativa | Marco Teórico | Dossier de AP-5016. EGAP – Gestión Pública e Implementación de la PP. Providing Quality in the Public Sector, Gaster. |
| Triangulación de Hallazgos | Cualitativa y Cuantitativa | Triangulación de Hallazgos | Hernández Sampieri en Metodología de la Investigación. |

Fuente: Elaboración Propia

### 3.2 Encuesta e Indicadores de Medición

Para el desarrollo cuantitativo de esta investigación se realizó la aplicación de una encuesta a pacientes y familiares de pacientes de la unidad médica en la ciudad de Monterrey: UMAE 34 del IMSS. Los indicadores bajo los cuales analizaremos los condiciones actuales en atención y calidad al paciente son:

Dimensión Interpersonal
- Trato digno al paciente
- Atención por parte del equipo médico, de enfermería y técnico

Dimensión Técnica
- Recepción y registro efectivos del paciente
- Abasto de medicamentos
- Satisfacción por servicios recibidos integralmente
- Efectividad médica y en tratamientos

Dimensión de Confort y Eficacia
- Satisfacción del profesional
- Satisfacción para el cliente
- Continuidad en la mejora y accesibilidad

Estos indicadores se sugieren al formar parte de la triada dimensional de Donabedian y base fundamental en el proceso de medición de calidad asistencial al paciente. Así mismo, se proponen estas dimensiones tras analizar los esfuerzos en 2003 en México durante la evaluación de la calidad de los servicios de atención hospitalaria en el Distrito Federal. De los indicadores que nos servirán como base para el análisis en la calidad de atención al paciente de ambos hospitales, se presentan a continuación, las características intrínsecas de cada elemento con el fin de conocer su objetivo.

La recepción y registro efectiva aborda la dimensión técnica y de logística en la

calidad. Se evaluará si actualmente existe un sistema de registro efectivo y eficiente, que permita identificar la paciente por medio de datos personales y clínicos básicos.

El trato digno paciente se basará en la percepción del usuario, medido bajo los criterios y condiciones señaladas en el Código de ética para enfermeras y enfermeros en México y en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2002. De igual manera, se evaluarán los indicadores básicos sugeridos por la Joint Comission International.

### 3.2.1 Proceso de Recolección de Información

A continuación se presenta a detalle el proceso mediante el cual se determinó el número de muestreo al cual se le aplicaron las encuestas, esto con el propósito de brindar resultados cuantitativos sobre la percepción actual del derechohabiente y sus familiares sobre los servicios recibidos por la institución. Los parámetros que se tomaron en cuenta se enlista a continuación:

a) Universo de trabajo (N): Identificar al total de pacientes registrados como ingresos durante el mes de servicio a evaluar. Se solicitó acceso a fuente de información sobre el número de camas disponibles en el hospital, así como el flujo de altas y rotación de pacientes.

b) Tamaño de la muestra (n): Del total obtenido, identificar en la tabla muestral el número de pacientes que formarán el tamaño de la muestra. Para conformar el muestreo, se seleccionaran a los pacientes de consultas ambulatorias o altas que asistan a recibir atención médica durante el mes de Octubre del presente año (2011). Se pretende contar con una muestra de 30 pacientes en la unidad médica previamente señalada. El objetivo es lograr recibir una muestra 4.28 pacientes por día.

c) Número de muestras por semana (a): Dividir (n) entre el número de semanas (x=1), en que se realizará el levantamiento de la información.

d) Número de muestras por día (b): dividir (a) entre siete que corresponden a los siete días de la semana, para obtener el número de aplicaciones del instrumento por día.

e) Intervalo de selección (K): Total de la muestra (n).

d) Selección aleatoria y sistemática de la muestra (d): Para ello se deberá tomar en cuenta el intervalo de selección (k), contando a los pacientes y seleccionando a aquellos a los que les corresponda el número de intervalo hasta completar el tamaño de la muestra.

Cuadro 5: Proceso Muestral para la Recolección de Información

| Símbolo | Formula | Desarrollo |
|---|---|---|
| N = Universo | | 218 camas |
| N* = Muestra | | 30 |
| A* = Muestra por semana | *n/x = a<br>x = 1 | 30/1 = 30 |
| B* = Muestra por día | *a/7 = b | 30/7 = 4.285 |
| K = Intervalo de Selección | n = K | 30 |
| Numerar a los pacientes del uno al número de intervalo | | Cada paciente con el número de intervalo integrará la muestra |

Fuente: Modelo basado en la propuesta de evaluación de calidad de servicios de enfermería, 2003.

Con el fin de conocer el resultado de la efectividad en registros, se aplicó una encuesta a pacientes y familiares de pacientes ambulatorios en el departamento de Consulta Externa de la UMAE 34, al igual que a pacientes y familiares de

pacientes que reciban su 'alta' del hospital al terminar su consulta médica, o su estancia en hospitalización y se encuentren atendidos en los departamento antes mencionados. En esta encuesta se hicieron 11 preguntas con rango de calificación de 1 a 10, siendo 1 el menos eficiente y el 10 el más eficiente. Por medio de esta encuesta se permitió calificar la rapidez y efectividad durante la recepción del paciente. Para llevar a cabo la encuesta se contará con indicaciones de llenado para:

a) Encabezado: El cual consta de 5 rubros donde se deben registrar los datos solicitados de acuerdo a las especificaciones (Anexo: Ver Encuesta 1).

b) Cuerpo: Consta de 11 preguntas que se aplicarán. Se solicita marcar con una "X" el cuadro que corresponda a la respuesta que se desea indicar. Del total de 11 preguntas, 7 debían responderse con 'Si' o 'No', 3 debían responderse con una escala del 1 al 10, y una debía responderse puntualmente con un número indicando el tiempo de espera entre el arribo del paciente hasta el momento en que comenzó a ser atendido. La pregunta número 11, la cual se responde con 'Si' o 'No', tiene la opción de extender la conversación en caso de que el usuario tenga más comentarios que aportar. La encuesta se incluye como anexo al final de este trabajo (Anexo: Ver Encuesta 1).

La información y resultados obtenidos mediante el trabajo de campo, nos permitieron conocer a profundidad nuestro objeto de estudio y detectar cuáles han sido sus aciertos y cuáles son sus áreas de oportunidad. Una vez obtenidos los resultados, fuimos capaces de utilizar las herramientas de diseño de políticas públicas para canalizar las áreas de oportunidad detectadas y proponer un plan de acción que mejore y optimice los resultados en la institución prestadora de servicios de salud. Cabe señalar que las propuestas generadas están basadas en la triangulación derivada mediante el análisis y la comparación los resultados obtenidos durante la investigación documental, cualitativa y cuantitativa.

## 4. Marco Teórico

Con la finalidad de conocer cuáles son los pasos sugeridos para el diseño de las políticas públicas, al igual que sus procesos de implementación, se presenta en el siguiente capítulo un recorrido de las principales facetas del diseño, implementación y evaluación sugeridos por destacados autores en la rama.

"Vivimos en una nueva economía, global, que ha agudizado las exigencias de productividad y competitividad de las personas y organizaciones, que arroja resultados dispares entre los países" (Aguilar, 2006). Por lo tanto, resulta imperativo el adoptar nuevas técnicas operacionales para empujar al máximo no sólo el crecimiento económico, sino la calidad, el desarrollo, de las instituciones y de los individuos dentro del Estado. Particularmente, este proyecto, pretende resaltar la importancia de la formalización en la adopción de un Sistema Integrado de Procesamiento de la Información Hospitalaria en Monterrey, Nuevo León.

Para lograrlo, evaluaremos este proyecto mediante algunos de los modelos de Gestión Pública documentados en el dossier del curso: Gestión Pública e Implementación de la Política Pública de la Maestría en Administración Pública y Política Pública de la EGAP. En lo particular, por definición, la Gestión Estratégica y la Gestión de Calidad, pudieran ser dos de los modelos que permitan una evaluación más apegada a la realidad del contenido, y su facilidad, capacidad y probabilidad de adaptación en el sistema hospitalario regiomontano.

### 4.1 Gestión Pública y Política Pública

La política pública podría, a groso modo, ser definida como las acciones ejecutadas por el gobierno para garantizar y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, protegiéndolos y exponiéndolos a las externalidades correctas. Estas políticas públicas deberán satisfacer la demanda ciudadana y serán creadas y evaluadas bajo modelos científicos que permitan su validación y desarrollo, para así optimizar su ejecución con el fin de cumplir con una meta establecida en un

período de tiempo previamente previsto. Todo esto, logrando permear la satisfacción a la demanda ciudadana en todos los niveles sociales y de manera permanente y definitiva.

Las políticas públicas podrían englobarse en cinco puntos generales que nos señala Theodoulou con el fin de obtener un significado menos restrictivo:

Fase 1. Las políticas públicas se distinguen entre lo que el gobierno desea lograr y lo que realmente es capaz de lograr.
Fase 2. Es importante percatarse del involucramiento de la política pública en todos los niveles, no sólo dentro del gobierno que es el actor formal, sino involucrar a los actores informales.
Fase 3. Establecer que la labor de la política pública va más allá de formarla, desarrollarla y ejecutarla.
Fase 4. Establecer metas fijas que se persigan alcanzar por medio de éstas.
Fase 5. Consiste en la idea que una política pública es de corto y largo plazo a la vez.

Sin embargo, si tratamos de acotar el significado de una política pública, sería conveniente basarnos en el texto de Aguilar (2006), ya que describe de una manera muy concreta a la política pública como una acción intencional y causal. Intencional dado que está orientada a la realización de ciertos objetivos públicos, deseados (tanto por el gobierno como por la sociedad para satisfacer una necesidad o contrarrestar algún mal). Y por otro lado causal, ya que busca transformar los resultados deseados en resultados esperados.

### 4.2 Implementación de la Política Pública

Para llevar a cabo la política pública se determinan ciertos criterios que permiten establecer un orden jerárquico para así determinar qué acciones deben llevarse a

corto, mediano y largo plazo, tomando en cuenta la factibilidad para realizarlas. Esto generalmente lleva a la creación de planes de acción y planes de desarrollo. Una vez habiendo detectado la problemática a abordar, la cual se define en la carencia de un modelo estructurado, normativo y regulado para la gestión de calidad hospitalaria en México, podemos proceder con el estudio de las técnicas actuales de diseño e implementación de políticas públicas en el sector salud en el país.

Actualmente, "Una vez definidos los nuevos trámites a incluir se llevan a cabo las siguientes acciones" (IMSS, 2010):
Fase 1. Levantamiento de información.
Fase 2. Análisis de información y diseño de las mejoras.
Fase 3. Implantación de mejoras a nivel operativo.
Fase 4. Monitoreo de las mismas.

Podemos entonces percatarnos, que el análisis y diseño de la política pública del sector salud actualmente no cumple con todas las características mínimas necesarias para garantizar el éxito del diseño e implementación de las mismas. Particularmente se propone hacer un enfoque en la relevancia de la etapa de implementación en las políticas públicas, ya que consiste en entender cuáles son sus principales trabas y problemáticas a enfrentar y cómo debido a ellas, en la mayoría de las ocasiones se limita la ejecución, acción y desarrollo de los procesos de implementación.

Para ahondar en el sustento teórico de la relevancia de la implementación, empezaremos por presentar una serie de definiciones sobre este concepto. De acuerdo a Wildavsky (1973), la implementación consiste en establecer metas a alcanzar, asegurar acuerdos y contar con fondos, que permitan llevar a cabo programas establecidos por los departamentos administrativos y el Congreso. La perspectiva resulta un tanto general, enfocada a la obtención de resultados, pero no toma en cuenta las posibles dificultades que los administradores públicos pudiesen enfrentar.

Podemos avanzar unos años y visualizar su transformación hacia la actual década, la cual le brinda una gran relevancia a la implementación de la política pública dentro del panorama general de su creación y análisis, en donde podría definirse como "el punto central de la hechura de la política pública: la decisión de lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo" (Aguilar, 2007). Partiendo pues, de esta definición, un concepto que abarcar todos estos rubros sería:

Un proceso vinculante entre el gobierno y la sociedad, que detalle una serie de requisitos –impactos, procesos, vulnerabilidades, actores responsables, costos, metas, áreas de oportunidad- los cuales tengan un uso claro, metodológico, aplicable y monitoreable, el cual permita el cumplimiento de metas mediante acciones.

### 4.2.1 Principales fallas en Implementación de la Política Pública

Encontramos pues, que existen muchos factores que truncan la factibilidad de éxito de implementaciones, entre ellos podemos enlistar: "distorsiones burocráticas, resistencias locales, conflictos intergubernamentales, heterogeneidad de intereses, diversidad de situaciones, indiferencia de los beneficiados, etc." (Aguilar, 2007). Por ejemplo, la falta de responsabilidad y autonomía en los actores para el cumplimiento de metas y objetivos. El tener objetivos y resultados esperados establecidos, no puede desatenderse de asignar actores específicamente destinados a verificar el cumplimiento de tareas que repercutan en la realización de esos objetivos. (Wildavsky, 1973). Un claro ejemplo de esto resulta la "dicotomía entre política y administración pública, según la cual los políticos decidían y los administradores y empleados públicos ejecutaban" (Woodrow, 1887). Por tal razón, el no acatar una responsabilidad en conjunto, donde cada actor debe cerciorar y verificar el cumplimiento de su lista de puntos clave a concretar, con el propósito de hacer fluir el proceso de implementación en su totalidad.

Así mismo, se presenta la falta del hacer. Definir, no es lo mismo que ejecutar. "Sin el inicio de acciones, no hay forma de que la implementación se lleve a cabo" (Wildavsky, 1973).El tener una planeación es fundamental, pero el asegurarse de que esta se lleve a cabo de manera responsable, en los tiempos y bajo los costos fijados previamente, es fundamental para la implementación. Para ello, es obviamente "importante medir la factibilidad de las acciones que se desean y pretenden llevar a cabo" (Aguilar, 2007).

### 4.2.2 Calidad en el Diseño y la Implementación de Políticas Públicas

Para lograr llevar a cabo el diseño y la implementación eficiente de políticas públicas en el sector público, particularmente en el sector salud, es necesario definir y establecer los estándares de calidad bajo los cuales se operará. En esta investigación se tomará como base el Modelo Excelencia. El modelo fue desarrollado por la European Foundation for Quality Management, publicado en el Reino Unido bajo el título de "EFQM Excellence Model" (Gaster, 2003). Este modelo es fuertemente promovido por gobiernos centralistas, ya que ayuda a incrementar y optimizar la calidad y mejora de los servicios público, a costos óptimos.

El modelo sugiere una participación 50-50 ente los actores y los resultados. Por una parte sugiere que los actores se compongan de: liderazgo (10%), administración de personal (9%), estrategias y políticas (8%), recursos (9%) y procesos (14%). De esta manera, los resultados, que componen el otro 50% se desglosaría en: satisfacción de la población (9%), satisfacción del usuario (20%), impacto en la sociedad (6%) y resultados efectivos (15%) (ídem).

Aunque este modelo es meramente una base inicial para la proyección del proceso de implementación, se sugiere utilizar un modelo que cuente con aplicabilidad (transferibilidad) del sistema que se determine como el modelo a

implementar. Se sugiere generar un modelo, el cual, con pocos ajustes de acuerdo a su localidad (delegación, entidad, municipalidad), pueda adaptarse fácilmente a una nueva zona de operación.

De la misma forma, es indispensable pensar en un modelo de implementación que enfoque la calidad en el servicio como una de sus premisas. La calidad del servicio, considera "tres factores básicos: cliente, servicio y proceso" (Gutiérrez, 2004). La calidad del servicio deberá ir de la mano con la adopción de nuevas técnicas que permitan a los empleados desarrollar nuevas habilidades y destrezas que les proporcionen la capacidad de brindar un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.

## 5. Marco Institucional Mexicano

### 5.1 Sistema Nacional de Salud (SNS) en México

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en México tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Este sistema se encuentra "fragmentado en tres niveles principales: Sistema de Salud Nacional, Sistema de Salud Estatal el cual cuenta con un Secretario de Salud propio que depende del gobernador del estado, y finalmente, también existe un sistema municipal" (Velarde, Comunicación personal, 2011).

Los tres principales seguros sociales en México son el Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Así mismo se han creado diferentes algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos que cuentan con servicios médicos independientes (Dávila, 2000).

implementar. Se sugiere generar un modelo, el cual, con pocos ajustes de acuerdo a su localidad (delegación, entidad, municipalidad), pueda adaptarse fácilmente a una nueva zona de operación.

De la misma forma, es indispensable pensar en un modelo de implementación que enfoque la calidad en el servicio como una de sus premisas. La calidad del servicio, considera "tres factores básicos: cliente, servicio y proceso" (Gutiérrez, 2004). La calidad del servicio deberá ir de la mano con la adopción de nuevas técnicas que permitan a los empleados desarrollar nuevas habilidades y destrezas que les proporcionen la capacidad de brindar un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.

## 5. Marco Institucional Mexicano

### 5.1 Sistema Nacional de Salud (SNS) en México

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en México tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Este sistema se encuentra "fragmentado en tres niveles principales: Sistema de Salud Nacional, Sistema de Salud Estatal el cual cuenta con un Secretario de Salud propio que depende del gobernador del estado, y finalmente, también existe un sistema municipal" (Velarde, Comunicación personal, 2011).

Los tres principales seguros sociales en México son el Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Así mismo se han creado diferentes algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos que cuentan con servicios médicos independientes (Dávila, 2000).

Una de las principales áreas de oportunidad del SNS es que es un sistema discriminatorio y no integrador, esto refiere a que en México hay quien no tiene ninguno de los seguros disponibles, pero también hay quien tiene todos (Velarde, Comunicación personal, 2011). Esto es causante de un sistema segmentado que no permite las mismas oportunidades a todos los ciudadanos. A su vez, esta segmentación genera desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios de salud públicos.

Reconocemos así que este rasgo en la estructura establece y profundiza la desigualdad entre los diferentes grupos sociales en el país generando así exclusión social marginando aún más a los grupos vulnerables como lo serían los ciudadanos en pobreza y aquellos pertenecientes al sector laboral informal.
Debido a ello es importante reconocer que los resultados obtenidos en todas las evaluaciones de servicios de salud pública se verán siempre sesgados por este tipo de segmentaciones en cuanto al acceso a los diferente tipos de seguros sociales, así como los presupuestos asignados por las dependencias federales, estatales y municipales.

## 5.2 Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al Desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica en 2001, realizó un análisis en el cual acordó fortalecer la certificación en calidad de establecimientos prestadores de servicios de atención médica, así como mejorar su eficiencia y efectividad. Asimismo, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual fue publicado en octubre de 2007, se propuso "reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente" (Secretaría de Salud, 2009).

Es por ello, que el 13 de Junio de 2008, el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación, el 'Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Secretaría de Salud (SiNaCEAM)'. Este fundamento jurídico para la implementación y el fortalecimiento de certificaciones tiene como intención promover y regular "la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno" (Secretaría de Salud, 2009).

Actualmente, el SiNaCEAM tiene entre sus funciones el investigar mejores prácticas y métodos de evaluación de la calidad de servicios de salud. Sin embargo, la participación de instituciones médicas para la certificación de Establecimientos de Servicios de Salud se realiza de manera voluntaria. El gobierno de México ha incentivado a representantes de las instituciones públicas y privadas que brindan atención a la salud a certificarse en materia de la Seguridad de los Pacientes, Calidad de la Atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad Vigente y Políticas Nacionales Prioritarias. Estas certificaciones se realizan con la participación de la Joint Comission International (JCI), organismo que integra los Estándares Internacionales Homologados en Calidad Hospitalaria.

### 5.3 Estructura de Certificación de Hospitales en México

La Cédula de Certificación de Hospitales más reciente, es la versión 2009, la cual consta de dos capítulos:

i. El capítulo primero refiere a los Estándares Internacionales
ii. El capítulo segundo a los Estándares Nacionales

Con el propósito de cumplir los requerimientos legales de México, se establece la certificación basada en:

- Ley General de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,
- Normas Oficiales Mexicanas y estrategias del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012.

Ambos capítulos de la Cédula de Certificación de Hospitales constan de tres secciones y comparten la primeras dos secciones:

i. Estándares centrados en el paciente
ii. Estándares de gestión del establecimiento de atención médica

Si embargo, difieren en la tercera sección:

iii. Metas internacionales para la seguridad del paciente (internacional)
iii. Sistemas de información y anexos de apoyo para la evaluación (nacional)

Particularmente, el capítulo segundo (estándares de gestión del establecimiento de atención médica) es elegido a analizar a profundidad mediante el presente estudio de caso. Es importante saber que el capitulo segundo se compone del siguiente apartado: Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS).

### 5.4 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente

Las metas internacionales para la seguridad del paciente, así como los objetivos y los elementos medibles establecidos en México mediante el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se basan en las "Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente" publicadas por la Organización Mundial

de la Salud (OMS) el 27 de mayo de 2007.

Principalmente se profundiza en tres áreas:

I. Sección de sistemas de información: Sistemas que generen indicadores de procesos y resultados que permiten dar seguimiento y evaluar los procesos, programas y sistemas de atención médica y de servicios en general. Un ejemplo es el contar con los expedientes clínicos de los pacientes.
II. Calidad en la atención: Políticas y procedimientos claros en materia de registro para pacientes ambulatorios o la admisión para su hospitalización.
III. Calidad en la información: La información como medio básico para tomar decisiones correctas sobre las necesidades del paciente, el flujo eficiente de servicios al paciente, y la transferencia o el alta adecuadas.

## 5.5 Instituto Mexicano de Normalización y Certificación

Desde 1993 existe el Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C., el cual es un Organismo Nacional de Normalización registrado y reconocido por el gobierno mexicano, por medio de la Dirección General de Normas (DGN), de la Secretaría de Economía, en los términos que establece la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y su Reglamento. Actualmente cuentan con facultades para elaborar, revisar, modificar, emitir, publicar y cancelar normas mexicanas (NMX) en los ámbitos siguientes (IMNC, 2010): Sistemas de calidad (en general), Turismo, Metrología, Sistemas de administración ambiental, grúas y dispositivos de elevación, artes gráficas, sistemas de administración de seguridad y salud en el trabajo , autopartes. Sin embargo, la gestión de calidad hospitalaria aún no ha sido estandarizada en México. Por tal razón, sería conveniente el explorar este tipo de

opciones para generar en México la expansión en sus áreas de certificación y estandarización de procesos.

## 6. Resultados de la Investigación Cualitativa

Con el propósito de conocer el modelo de gestión de calidad hospitalaria que utiliza la UMAE 34, se realizaron una serie de visitas a la unidad médica, en donde se obtuvo la valiosa participación mediante entrevistas semiestructuradas de diferentes miembros de los departamentos que actualmente interactúan de mayor manera con el derechohabiente. Particularmente encontramos apoyo de tres áreas: Jefatura de Calidad, Atención al Derechohabiente y la Subdirección del turno vespertino de la unidad médica. A continuación de presentan los hallazgos obtenidos durante estas sesiones.

### 6.1 Cronología de la Calidad en IMSS 34

Con el propósito de enmarcar la importancia de la gestión de calidad en los procesos, el Dr. Velarde (Comunicación personal, 2011) nos explica: "En 1983 o tal vez 1984 empieza la calidad en Nuevo León. El premio Nuevo León de Calidad fue anterior al Premio Nacional de Calidad. Así se dio, creo yo que las empresas de Nuevo León, obligadas a vender productos al extranjero, acero, vidrio, cerveza, cartón, las primeras empresas {...} se vieron obligadas a tomar el ISO (*International Standardization Organization* en español Organización Internacional para la Estandarización), sino no les iban a comprar sus productos en el extranjero y tomado el ISO fue necesaria adoptar una cultura de calidad. Esto genera el premio Nuevo León a la calidad, para estimular".

A raíz de esto, surge una cultura de calidad importante que viene a formar parte de todo tipo de instituciones, tanto privadas, como públicas, y las instituciones de salud no son la excepción. Con el paso de los años, van surgiendo nuevas y diferentes acreditaciones y certificaciones para la estandarización de procesos de

opciones para generar en México la expansión en sus áreas de certificación y estandarización de procesos.

## 6. Resultados de la Investigación Cualitativa

Con el propósito de conocer el modelo de gestión de calidad hospitalaria que utiliza la UMAE 34, se realizaron una serie de visitas a la unidad médica, en donde se obtuvo la valiosa participación mediante entrevistas semiestructuradas de diferentes miembros de los departamentos que actualmente interactúan de mayor manera con el derechohabiente. Particularmente encontramos apoyo de tres áreas: Jefatura de Calidad, Atención al Derechohabiente y la Subdirección del turno vespertino de la unidad médica. A continuación de presentan los hallazgos obtenidos durante estas sesiones.

### 6.1 Cronología de la Calidad en IMSS 34

Con el propósito de enmarcar la importancia de la gestión de calidad en los procesos, el Dr. Velarde (Comunicación personal, 2011) nos explica: "En 1983 o tal vez 1984 empieza la calidad en Nuevo León. El premio Nuevo León de Calidad fue anterior al Premio Nacional de Calidad. Así se dio, creo yo que las empresas de Nuevo León, obligadas a vender productos al extranjero, acero, vidrio, cerveza, cartón, las primeras empresas {...} se vieron obligadas a tomar el ISO (*International Standardization Organization* en español Organización Internacional para la Estandarización), sino no les iban a comprar sus productos en el extranjero y tomado el ISO fue necesaria adoptar una cultura de calidad. Esto genera el premio Nuevo León a la calidad, para estimular".

A raíz de esto, surge una cultura de calidad importante que viene a formar parte de todo tipo de instituciones, tanto privadas, como públicas, y las instituciones de salud no son la excepción. Con el paso de los años, van surgiendo nuevas y diferentes acreditaciones y certificaciones para la estandarización de procesos de

gestión en calidad hospitalaria. Un ejemplo de ello, es la certificación por parte del Consejo de Salubridad. Sin embargo, estas acreditaciones y certificaciones siguen en calidad de opcionales para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Con el fin de ahondar en el tema, preguntamos al Dr. Velarde: Si la certificación por el consejo no es mandataria, entonces, ¿Cuál es el incentivo que se ofrece para tomarlo?, a lo que Velarde nos responde: "Nosotros lo tomamos como una herramienta. La certificación por el consejo es una certificación externa y es una de las mejores herramientas de retroalimentación. Cuando tu te mides a ti mismo existe lo que llamamos ceguera de taller (*así se ha hecho siempre, así es).* Esa fue al razón por la que nos inscribimos la primera vez. Nada cuesta, es gratis. En el '99 la obtenemos y desde entonces no la hemos perdido" (Velarde, Comunicación personal, 2011).

Pero una vez comenzado el camino de certificación en materia calidad, la necesidad de una mejora continua se hace latente y el Dr. Velarde lo señala: "Cuando nos inscribimos en el premio IMSS a la Calidad, ya estábamos certificados, ya habíamos implementado un modelo de calidad... y lo ganamos en el 2005 y desde entonces no lo hemos perdido, lo hemos ganado cada tres años y lo seguiremos ganando" (ídem).

De igual manera, nos comenta: "Hemos mantenido el ISO desde 2007. Nosotros lo hemos mantenido hasta 2011 y en marzo (2012) nos vuele a tocar. Hemos mantenido la certificación del consejo desde 1999 y somos el único hospital de Nuevo León que nunca lo ha perdido" (ídem).

Podemos identificar entonces, que una vez iniciado el camino y compromiso hacia la calidad, el proceso se va ampliando en más áreas y departamentos cada vez. Velarde dice que la gestión de calidad es un proceso que se caracteriza por ser permanente: "Es constante, es continuo, no puede ser de otra forma. Si estamos en la mejora continua se da solo" (ídem).

## 6.2 Estructura Organizacional de Fomento a la Calidad en IMSS 34

La UMAE 34 cuenta con un departamento de calidad ubicado en el primer piso del hospital. Este departamento se encuentra dirigido por la Dra. Marycarmen Delgado, quien cuenta con un equipo de trabajo encargado de generar formatos, manuales, capacitaciones y estudios que le permitan conocer a profundidad todas las operaciones llevadas a cabo en el hospital, así como procesos para la mejora de los mismos. La jefatura de calidad es la encargada de establecer la "metodología o herramienta que se considere adecuada por la unidad administrativa para la mejora del servicio y para la satisfacción de la población a la que se atiende" (IMSS, 2009). De igual forma, tiene bajo su responsabilidad el establecimiento de mediciones e indicadores de mejora continua, así como el aseguramiento de que todas los requisitos estipulados en las certificaciones de calidad se cumplan.

A su vez, el departamento de calidad cuenta con el apoyo del departamento de Atención al Derechohabiente formado por tres elementos. "Sandy, Dulce y Miroslava trabajan en el hospital como la voz del usuario. Ellas son los representantes de quien usa el servicio y tienen que de alguna manera exigirnos que resolvamos esa demanda" (Velarde, Comunicación personal, 2011). Con la ayuda del departamento de atención al derechohabiente se logran canalizar las quejas, sugerencias y demandas por parte del usuario y sus familiares, para de esta manera dar seguimiento con los departamentos competentes en materia del tópico de la queja.

Es importante recalcar que aunque estos dos departamentos fungen explícitamente como los responsables de ofrecer calidad en la atención al paciente, todos los departamentos y procesos hospitalarios se encuentran monitoreados para el cumplimiento de las normas y estándares establecidos por la jefatura de calidad con el fin de brindar un servicio óptimo.

### 6.2.1 Sistema de Gestión de la Calidad IMSS 34

Con el fin de conocer el enfoque sistémico de la organización de calidad en la UMAE 34 del IMSS, se presenta a continuación un diagrama proporcionado por el Dr. Joel Velarde, en el cual se detalla de manera concreta el proceso de mejora continua bajo el cual se rige el hospital. Dentro de este esquema organizacional destacan cuatro puntos a los cuales haremos referencia más adelante.

Cuadro 6: Sistema de Gestión de la Calidad UMAE No. 34

Fuente: Sistema de Gestión de la Calidad UMAE No. 34, proporcionado por el Dr. Héctor Joel Velarde[2]

2 Ver Anexo: Cuadro 17

Cabe recalcar que aunque todos los procesos, áreas y departamentos desempeñan con una labor fundamental en la operación del hospital y la garantía de un cumplimiento efectivo, para fines de esta investigación los puntos en los cuales nos enfocamos son meramente los ligados al paciente y se enlistan a continuación:

1. Conocimiento del Paciente (Usuario)
2. Gestión de Recursos – Planeación – Diseño y Desarrollo
3. Dirección de Educación e Investigación en Salud
4. Satisfacción del Usuario

### 6.3 Hallazgos en Administración de la Calidad en UMAE 34

Cuando entrevistamos a la Dra. Marycarmen Delgado, Jefa de Calidad en la UMAE 34, encontramos información de suma importancia que nos permitió entender mejor el funcionamiento de los modelos de calidad hospitalaria que actualmente utilizan las instituciones de salud pública en México. Delgado nos comenta que existen dos tipos de modelos de gestión de calidad principales, el modelo MOCERI y el modelo del Consejo de Salubridad.

Particularmente, la UMAE 34 opera siguiendo muy a la par, los procesos señalados por el modelo del Consejo de Salubridad, el cual "te orienta mucho a los temas de salud. Estos (procesos) son muy específicos, los otros (MOCERI) son generales pero tu los aterrizas en el tipo de organización que tu tienes" (Delgado, Comunicación Personal, 2011).

"Al trabajar estos modelos has de cuenta que tuvieras dos mitades. Una la compone el modelo general que es el MOCERI, que te da especificaciones de cuales son los ámbitos (a considerar). Que si tienes considerar aspectos de liderazgo, procesos, clientes, indicadores y resultados, (es decir) todo el desglose de los elementos que componen el MOCERI. Los ocho puntos son generales y

tienen niveles de implementación. En algunos (se) tienen enfoque de proceso, debe existir y estar documentos. En otros ya están implantados, estandarizados, registros y en otros tengo ciclos de mejoraos, implantado cosas nuevas. Para cada punto general hay diferentes niveles que es lo que se califica cuando te hacen una evaluación de MOCERI. Del modelo del consejo son situaciones muy especificas que puedes ir empantanado, si del consejo te piden que tu personal tenga competencia, determinados cursos, evaluaciones, esos son los niveles que orientamos al MOCERI. Entonces no llevamos dos modelos diferentes, sino utilizas las especificaciones de uno para empatarlas con el otro" (ídem).

Ahora bien, tratando de profundizar más en el tipo de prácticas y procesos que se llevan a cabo, así como su interrelación con el derechohabiente, el departamento de calidad nos comenta que "hay un grupo de criterios que son derechos de los pacientes en donde tiene que informarse a los pacientes de sus derechos, involucrar a la familia, obtener consentimientos de lo que se va a hacer", así mismo, debe haber "acceso a la atención y entonces en esos criterios, (se generan) procesos para admisión al paciente que se van a hospitalizar, para los ambulatorios, los inmediatos, (y tener) familiares informados de diagnóstico, certeza, tratamientos" (ídem).

Podemos entonces entender que "si bien el MOCERI te habla de atención al cliente, pues aquí (lineamientos Consejo de Salubridad) te esta diciendo especificaciones. Esto ya lo aterrizas en el MOCERI" (ídem).

### 6. 4 Hallazgos en Atención al Derechohabiente

"Anteriormente los departamentos administrativos del hospital no querían buzones de sugerencias, pues veían las quejas y sugerencias como errores, fallas. Sin embargo, la visión de los directivos cambia al detectar que mediante las sugerencias lograron mejorar continuamente el hospital y así prevenir los errores de presentarse en siguientes ocasiones" (López, Comunicación Personal, 2011).

Para comprender un poco más el funcionamiento de atención y calidad del paciente por parte del departamento de atención al derechohabiente, preguntamos a la coordinadora en turno si ellos (atención al derechohabiente) se encargan de levantar encuestas en todas las áreas del hospital, a lo que López nos responde: "Nosotros directamente no aplicamos encuestas para los departamentos. Aquí tengo yo a cargo lo de laboratorio de rayos equis porque nos pidieron de favor que aplicáramos encuestas y es para expedir la evaluación de servicios porque ellos no tienen personal que lo haga. Pero por lo general cada área tiene encuestas de evaluación de sus servicios. Enfermería nos entrega un concentrado, nosotros nos encargamos del área de satisfacción y (por ejemplo) trabajo social nos acaba de entregar, son las que ellas aplican de todos los servicios donde esta trabajo social" (ídem).

Cuando preguntamos si la información que ellos obtienen se la hacen llegar al IMSS a nivel nacional o es para la misma UMAE con el fin de compararse año con año, se nos indicó: "Es para nosotros, para el mismo hospital, (particularmente) para el área de calidad ya que cuando viene el área de calidad y nos viene a auditar ellos van y checan los resultados" (ídem).

Al preguntar explícitamente cuál es la queja más común que tiene atención al derechohabiente López nos comenta: "La más común es la limpieza, la falta de higiene. La gente llena un formato de hoja de reuso. Este formato lo manejamos todas las unidades y a partir de ahí sacamos la información". (Ver Anexo: Cuadro Anexo 9 - Formato IMSS). Como nota importante se nos hizo saber que el hospital cuenta con 13 buzones de sugerencias localizados en diferentes alas de la UMAE.

Entre los principales hallazgos obtenidos mediante las entrevistas semiestructuradas, así como durante las visitas a las instalaciones de la UMAE 34, se detectaron diversas áreas de oportunidad que a continuación se enlistan. Se ha decidido presentar de manera breve, 4 principales de las áreas de oportunidad detectadas en la UMAE 34:

1. Inobservancias en La Ley del Seguro Social
2. Inconformidad en cuestiones de limpieza
3. Mal trato por parte de los guardias de seguridad
4. Largos tiempos de espera para consultas

a) Inobservancias en La Ley del Seguro Social. Un ejemplo de ello es que actualmente la Ley del Seguro Social no contempla en su estructuración el designar áreas para salvaguardar los bienes de los familiares y de los mismos derechohabientes en la institución. Es decir, no existe normativa alguna referente a la prestación de un servicio de paquetería o almacén de objetos personales que los hospitales estén obligadas a ofrecer. Particularmente, la UMAE 34 cuenta con servicio de paquetería, el cual no se encuentra obligado a solventar, según la Ley del IMSS. Sin embargo, la administración del hospital ha designado presupuesto para el mantenimiento de este espacio.

Una de las principales problemáticas encontradas con respecto a este tema, es la inconformidad por parte de los familiares de los pacientes en cuanto a las condiciones sanitarias de estas instalaciones de paquetería. López nos comenta que a pesar de que la UMAE 34 ha tomado cartas en el asunto, y ha decidido programar visitar periódicas de fumigadores y control de plagas, la labor de limpiar y mantener estas áreas en buen estado, es un trabajo continuo. "Las fumigaciones están programadas cada 6 meses, sin embargo hay roedores y plagas que son difíciles de atacar en corto tiempo" (ídem).

b) Quejas sobre la falta de limpieza continua. Una de las principales y más comunes quejas y sugerencias encontradas en los buzones de la UMAE 34 es la inconformidad por parte de los derechohabientes y sus familiares con respecto a la limpieza encontrada en las instalaciones. Tanto López como Montemayor Guevara nos comentan que en un hospital donde diariamente transitan un considerable número de personas, resulta sumamente complejo mantener las instalaciones

limpias al 100%. Montemayor Guevara comenta: "Se limpia en un lugar y ya se está ensuciando otro, es algo de nunca acabar" (ídem).

Anteriormente, la UMAE 34 permitía el acceso peatonal a todo transeúnte que decidiera cruzar de la entrada por Avenida Ruiz Cortínez a la entrada de Lincoln por medio del hospital. Sin embargo, se encontró que muchos peatones utilizaban el hospital como acceso rápido a la calle Abraham Lincoln, lugar dónde se encuentra una tienda de conveniencia *Walmart*. Una vez que el personal administrativo de la UMAE 34 detectó la utilización de instalaciones hospitalarias como vía de acceso para el cruce al supermercado decidió incrementar los niveles de seguridad para el acceso al hospital. Esto logró un mejor control en el flujo de personas entrando al hospital y a la vez redujo considerablemente los niveles de contaminación y suciedad en el hospital.

c) Mal trato por parte de seguridad. Una vez detectada la necesidad de contar con personal de seguridad para el control de acceso al hospital, la administración de la UMAE 34 decidió invertir en subcontratar una empresa externa de seguridad que le proporcionara el personal necesario para desarrollar estas labores. Sin embargo, el número de quejas por parte de los derechohabientes se incrementó debido a que en muchas ocasiones, los pacientes y familiares notaban actitudes de soberbia y malos tratos por parte de los guardias de seguridad al ser ellos el puente de acceso al hospital y respaldarse en el cumplimiento de lineamientos de control y seguridad establecidos por la institución prestadora de servicios de salud.

López nos comenta: "En muchas ocasiones resulta difícil diferenciar cuándo es que las quejas vienen por parte de apreciación de los familiares de pacientes y cuándo es que vienen porque verdaderamente los guardias ejercen su labor con demasiado autoritarismo" (Comunicación Personal, 2011). Al preguntarle a López sobre las acciones que toma el departamento de atención al derechohabiente o bien, la coordinación administrativa de personal, nos comenta que las acciones inmediatas son la rotación de personal. "La rotación de personal evita que los

familiares de pacientes se sientan incómodos en caso de tener algún familiar hospitalizado y tener que entrar constantemente a la clínica" (ídem).

Sin embargo, señala que parte importante de su trabajo es lograr diferenciar las ocasiones en las cuales los familiares y pacientes se encuentran mayormente vulnerables o sensibles y por tal, presentan quejas sobre como los guardias de seguridad pueden ser desatentos, rudos o descorteses. También comenta sobre los diversos cursos que se ofrecen para capacitar a los guardias de seguridad, pero aún así, importante parte de la labor consiste en distinguir cuando una queja es resultado de la apreciación por parte de familiares, razón por la cual, la rotación del personal resulta muy benéfica y utilizada en este tipo de circunstancias.

d) Largos tiempos de espera para consultas. Una queja común, de acuerdo a los diferentes estudios realizados por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en conjunto con Transparencia Mexicana A.C., son los largos tiempos de espera a los cuales los derechohabientes son expuestos. Particularmente, el departamento de Medicina Externa de la UMAE 34 del IMSS ha detectado un área de oportunidad considerable, al notar que las quejas en su jurisdicción se han incrementado con el paso del tiempo. Montemayor Guevara y López comentan que las consultas se efectúan una vez que los estudios médicos se han realizados. Tanto consultas como estudios (radiografías, pruebas de esfuerzo, rayos equis, etc.), son realizadas en la misma cita a la cual acude el derechohabiente con horario previamente programado. Sin embargo, las demoras en consultas son muy comunes generando molestias en los derechohabientes y sus familiares. Principalmente, las quejas provienen por parte de aquellos derechohabientes que tienen que realizar un viaje de otro municipio o estado para consultar en la UMAE especializada en cardiología.

Actualmente, el Dr. Arturo Muñiz, coordinador del área de Medicina Externa, se encuentra interesado en conocer las principales causantes de las demoras, así como propuestas a implementar que permitan mejorar la calidad en atención y

registro al paciente. Para ello, esta investigación presenta a continuación el análisis cuantitativo mediante la aplicación de encuestas a pacientes y familiares de pacientes que forman parte de dicho departamento, entre otros (hospitalización), sobre su opinión acerca de los servicios recibidos.

Montemayor Guevara nos comenta que actualmente la UMAE 34 del IMSS se encuentra trabajando en el logro de 'estandarización de procesos', mediante ello, serán capaces de monitorear de manera más efectiva, la mejora continua de sus procesos, así como aprovechar mayormente los recursos presupuestarios con los que actualmente cuentan. La UMAE 34 del IMSS ha sido acreedora al 'Premio Nacional a la Calidad', así como a Certificaciones por el Consejo de Salud. De igual manera, se encuentran en proceso de la obtención de certificados con metas internacionales de la Joint Comission International (Montemayor Guevara, Comunicación personal, 2011).

De acuerdo al Dr. Velarde, "la mejora en procesos de calidad en atención al paciente surge mediante un pensamiento sistemático llevado a la práctica, definiendo cuándo se es proveedor y cuándo se es cliente. El conocer al usuario mediante interacción directa permite generar información valida y oportuna, esto a su vez genera un sistema informativo maduro que sirve para aprovechar activamente el conocimiento generado por la misma información brindada por el usuario. Esto es conocido como mejora continua. A partir de aquí, surge la planeación estratégica y la mejora continua permiten mejoras en la estructura. La estructura es el presupuesto, el personal, unidades de servicio, salas de quirófano, etc. La estructura es todo" (Velarde, Comunicación personal, 2011).

Encontramos como consecuente que a la par del incremento en estandarización de procesos de calidad hospitalaria y mejora continua, se genera contiguamente una expectativa motivacional de trabajo en los empleados que buscan la mejora continua en sus operaciones diarias. Muestra de ello es la existencia de reconocimientos como el empleado del mes por parte de la UMAE 34. Por lo tanto

el establecimiento de este tipo de estructuras de mejora definidas llevan a optimizar y motivar el desempeño de todo el organigrama laboral.

## 6.5 Hallazgos Actuales y Proyecciones a Mediano Plazo en México

Puente comenta que actualmente en México no existe una ley, o norma fiscal, que regule la estandarización de operaciones para la atención que se brinda al paciente. Particularmente, cada unidad médica cuenta con la opción de obtener certificaciones que garanticen y regulen la más alta calidad en los procesos hospitalarios, y así mismo, estas certificaciones, pueden gozar de especialidades como lo es: Calidad en Atención al Paciente. El Dr. Velarde nos corrobora que todas las acreditaciones en México aun se realizan de manera voluntaria por parte de los hospitales, sin embargo es notorio como en los últimos años el Consejo de Salubridad ha puesto un particular empeño en normalizar y estandarizar estas certificaciones con el objetivo de establecer estos requerimientos como necesarios en toda las instituciones prestadoras de servicios.

Los resultados encontrados nos muestran que existe una gran iniciativa por parte de las instituciones públicas y privadas para encontrar modelos estandarizados de operación que les permitan mejorar la calidad de los servicios que brindan. Asimismo, encontramos que la mayoría de las coordinaciones y jefaturas, han propuesto iniciativas para la mejora continua. Sin embargo, Montemayor Guevara señala que muchas veces los problemas durante la implementación de nuevos y mejores procesos se ven afectados al generar descontento en los sindicatos, ya que ellos desean mantener sus procesos y operaciones actuales. Esto por ende limita la aplicación y adopción de nuevos modelos y formas de trabajo.

Puente nos comenta como las certificaciones logran elevar de manera significativa el reconocimiento que los hospitales tienen dentro del sector privado (Comunicación personal, 2011). Muchos de los reconocimientos, se basan en operaciones diarias, que vinculan la calidad y servicio al paciente, los cuales

permiten obtener grandes y mejores resultados en las evaluaciones por parte de los pacientes y por parte de las evaluaciones de la Secretaría de Salud. Así pues, el contar con la aportación y descripción de las actuales operaciones en materia de calidad en atención al paciente por parte de instituciones privadas, nos permite percatarnos que el rumbo que las operaciones actuales por parte del sector salud van en la dirección correcta.

A pesar de que actualmente existen hospitales como la UMAE 34 en Nuevo León que realizan un excelente servicio, el cual es reconocido a nivel nacional, resulta sumamente destacado el que reconozcan que aún tienen áreas de oportunidad y que se cuentan con la voluntad, el personal, y el presupuesto para competir con la calidad de instituciones privadas. Las limitantes principalmente se encuentran en lograr cambiar la cultura de trabajo en toda la organización y así alcanzar la transición de los modelos burocráticos y rígidos, hacia modelos más flexibles centrados en el paciente. Esta labor debe llevarse a cabo por parte de los altos rangos para así formalizar estas operaciones y lograr la adopción de un modelo estandarizado, pero flexible, el cual permita mejorar la calidad hospitalaria y mantenga a instituciones públicas y privadas compitiendo a la par.

## 7. Resultados de Investigación Cuantitativa

La investigación cuantitativa se encuentra dirigida tanto al área de Medicina y Consulta Externa, así como al área de Hospitalización, ya que la UMAE 34, por medio del departamento de atención al derechohabiente ha detectado inconformidad por parte de los pacientes en los tiempos de espera en las consultas, al presentarse demoras constantes y quejas por los usuarios. Por medio de un plan de acción puntual estos departamentos podrán obtener los resultados de una auditoría de procesos sobre la calidad en atención al paciente, mediante la cual se permitirá detectar las principales áreas de oportunidad en el departamento, y con éstas identificadas, se presentarán sugerencias que permitan la satisfacción del derechohabiente en la calidad en atención y tiempos de espera.

permiten obtener grandes y mejores resultados en las evaluaciones por parte de los pacientes y por parte de las evaluaciones de la Secretaría de Salud. Así pues, el contar con la aportación y descripción de las actuales operaciones en materia de calidad en atención al paciente por parte de instituciones privadas, nos permite percatarnos que el rumbo que las operaciones actuales por parte del sector salud van en la dirección correcta.

A pesar de que actualmente existen hospitales como la UMAE 34 en Nuevo León que realizan un excelente servicio, el cual es reconocido a nivel nacional, resulta sumamente destacado el que reconozcan que aún tienen áreas de oportunidad y que se cuentan con la voluntad, el personal, y el presupuesto para competir con la calidad de instituciones privadas. Las limitantes principalmente se encuentran en lograr cambiar la cultura de trabajo en toda la organización y así alcanzar la transición de los modelos burocráticos y rígidos, hacia modelos más flexibles centrados en el paciente. Esta labor debe llevarse a cabo por parte de los altos rangos para así formalizar estas operaciones y lograr la adopción de un modelo estandarizado, pero flexible, el cual permita mejorar la calidad hospitalaria y mantenga a instituciones públicas y privadas compitiendo a la par.

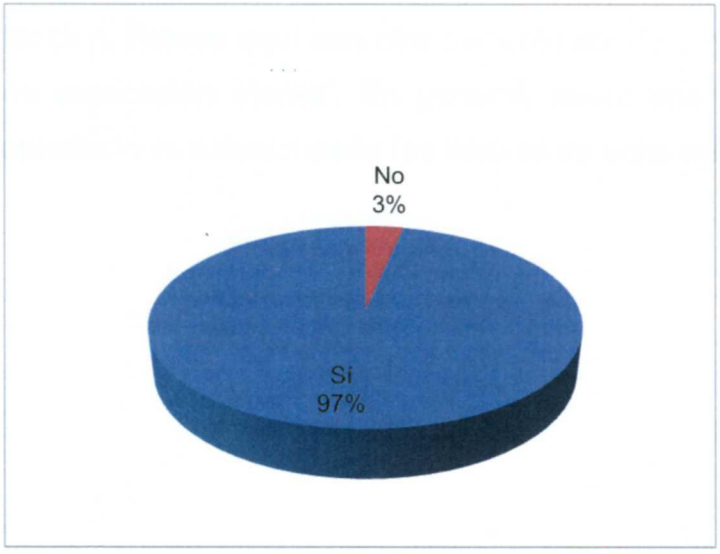
## 7. Resultados de Investigación Cuantitativa

La investigación cuantitativa se encuentra dirigida tanto al área de Medicina y Consulta Externa, así como al área de Hospitalización, ya que la UMAE 34, por medio del departamento de atención al derechohabiente ha detectado inconformidad por parte de los pacientes en los tiempos de espera en las consultas, al presentarse demoras constantes y quejas por los usuarios. Por medio de un plan de acción puntual estos departamentos podrán obtener los resultados de una auditoría de procesos sobre la calidad en atención al paciente, mediante la cual se permitirá detectar las principales áreas de oportunidad en el departamento, y con éstas identificadas, se presentarán sugerencias que permitan la satisfacción del derechohabiente en la calidad en atención y tiempos de espera.

## 7.1 Gráficos de Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos tras el análisis generado mediante la aplicación de encuestas. Tomando en cuenta que el porcentaje mínimo de certeza para estudios de calidad es del 80% de acuerdo al Dr. Velarde, se aplicaron un total de 30 encuestas que representan el 84.5% de certeza en los resultados obtenidos. Las encuestas incluyeron preguntas abiertas y cerradas, particularmente, las respuestas abiertas nos permitieron obtener información de alto valor para la generación de resultados, así como para la triangulación de los mismos.

Cuadro 7: ¿La persona de enfermería se presentó con usted y se dirige a usted por su nombre?




Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

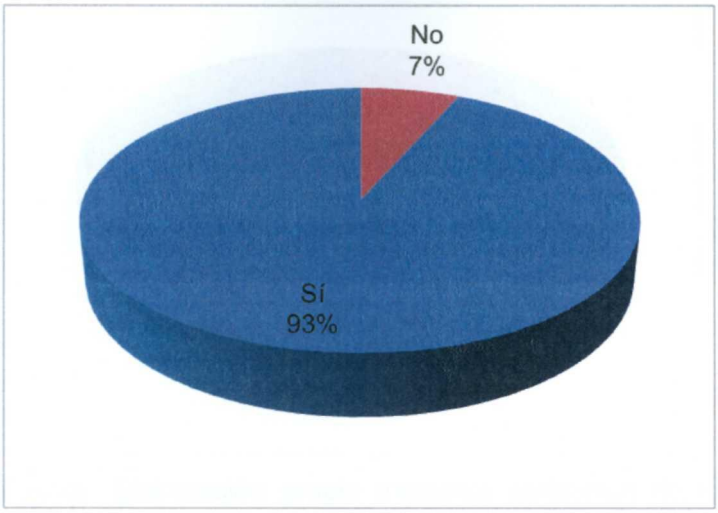
Detalle: Al no ser posible entrevistar únicamente a los pacientes, en algunos casos el familiar entrevistado no estaba seguro de si la enfermera se presentó con el paciente y/o alguno de los familiares. Debido a ello es que observamos un 3% que indicaban que no (esto equivale a 1 entrevista).

Sin embargo con un tema más sensible como es la información acerca de los procedimientos que realizarían el 100% de las personas entrevistadas contestaron que se les explicó sobre los cuidados y procedimientos que realizaban o se iban a realizar.

Un punto importante a señalar es que de acuerdo al Dr. Velarde (Comunicación personal, 2011), existe una sobrevida de cinco años para pacientes con transplante de corazón en la UMAE 34. Este factor de la dimensión técnica es uno de los más reconocidos por los pacientes que entrevistamos e inclusive comentan que han sido referidos a este hospital por tener los mejores niveles de sobrevida en el país.

José, uno de los entrevistados nos comenta: "Hay un buen servicio, calidad y atención. Estuve aquí con otro paciente aparte y nos dieron en las dos ocasiones una explicación atenta". En general, existe una conformidad hacia el personal capacitado que desempeña las labores de enfermería.

Cuadro 8: ¿Considera que el equipo técnico (aparatos y herramientas) en el hospital es suficiente y el adecuado para atenderle?

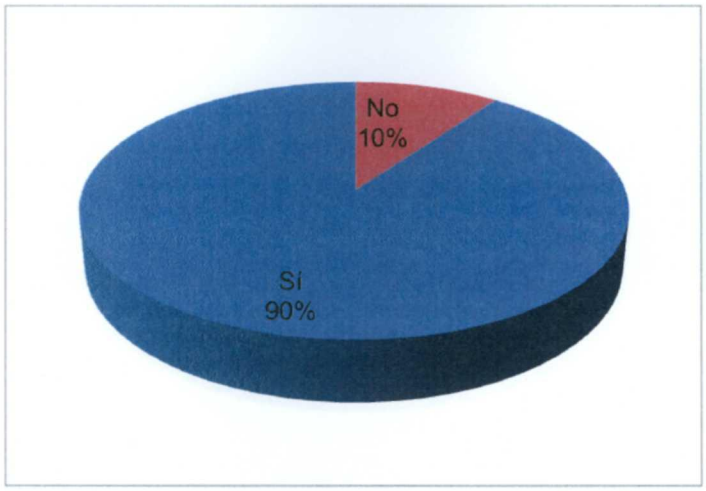



Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

Detalle: Mientras que la mayoría opina que el equipo que se tiene es suficiente, se encontraron dos casos donde sólo se especificó en uno de ellos que no se tenían gasas suficientes para curar llagas que se le produjeron al paciente en recuperación y un medicamento para bajar la temperatura que no estaba disponible.

Rosa nos comenta: "Los aparatos son los adecuados, pero no son suficientes". Cabe recalcar que en su caso en particular, el familiar que se encontraba atendido en la UMAE tuvo un ingreso de emergencia, por lo cual no contaba con cita. Este tipo de situaciones pueden presentar resultados negativos hacia la satisfacción del usuario, ya que no se contempla con previa cita la disponibilidad de ciertos estudios y aparatos.

Cuadro 9: ¿Se encuentra usted conforme con el servicio que recibió en su visita?

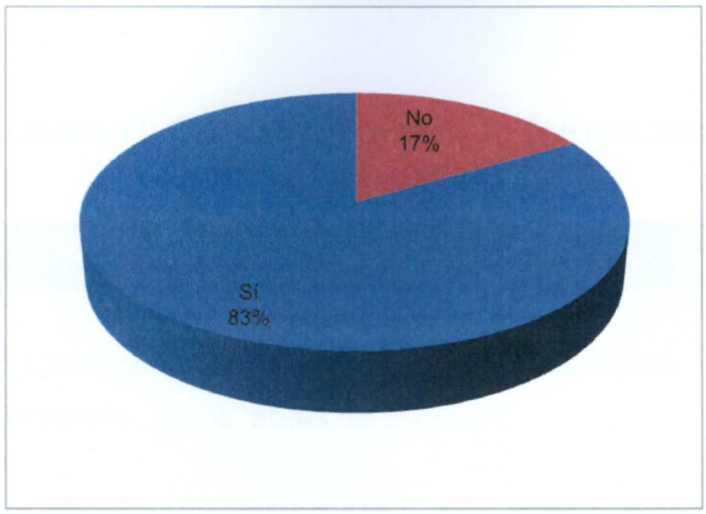



Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

Detalle: 9 de cada 10 entrevistados estaban conformes con el servicio recibido. El 10% restante que no quedó conforme señaló que su inconformidad no fue debido a la atención médica o de enfermería, sino al trato que recibieron por parte de los guardias del hospital. Rosa, una de las personas encuestadas un viernes por la tarde, nos señala: "Los Guardias y las Trabajadoras Sociales te contestan de mala manera, tienen una actitud déspota". Antonio corrobora el hecho diciendo: "Los guardias son prepotentes". Adriana comenta: "Los de vigilancia se ponen al tú por tú, nos llaman mucho la atención y dejan pasar a mucha gente con unos pacientes y con otros no".

Resulta interesante encontrar que las personas que desempeñan, por decirlo de alguna manera, un trabajo menos técnico –como lo serían trabajo social y guardias de seguridad- y más social, son quienes fueron evaluados con una mala imagen y actitud en repetidas ocasiones.

Cuadro 10: ¿Considera que los tiempos de espera en el hospital son adecuados?




Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

Detalle: En cuestión de tiempos de espera se obtuvieron un poco más de respuestas negativas, sin embargo, sólo se tuvieron dos casos donde se especificó la razón. Daniel, uno de los encuestados, comentó: "No hay un doctor en fin de semana que pueda correr análisis, debería haber alguien en turno, esta bien que son personas y todo, pero uno no escoge la hora en la que se va a querer morir". Daniel también añadió: "Lo que le ofrecieron a mi hermana fue estabilizar al paciente (su mamá) y esperar hasta el lunes".

En el segundo caso donde se especificó detalle, Brígida, una de las personas que participó en la encuesta nos comentó: "Llegamos sin cita y tuvimos que esperar dos horas y media a ser atendidas". Cabe señala que en los casos de 'Urgencia' la atención al paciente se dio de inmediato por consenso de todos los encuestados que aplicaban.

En cuanto a los tiempos de espera en consulta cuando se tenía cita programada, el tiempo máximo de espera fue de 10 minutos. En contraparte, el tiempo de

espera al presentarse un paciente a consulta externa sin cita podía ser desde 20 minutos a las 2 horas y media antes mencionadas.

Cuadro 11: Calificación Promedio de Diversos Servicios en Escala de 10 Puntos.

| Pregunta | Resultado Promedio |
|---|---|
| ¿Cómo considera el servicio en las instalaciones (limpieza, baños, áreas de espera)? | 9.2 |
| ¿Cómo considera el servicio de abasto de medicamentos? | 9.4 |
| En general, ¿Cómo calificaría la calidad del servicio en este hospital? | 9.7 |

Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

Detalle: Se le preguntó al paciente y sus familiares qué calificación otorgaban en una escala de 10 puntos, donde 1 es el rango menor y 10 el mayor, cuál es su grado de conformidad con respecto a la calidad y el servicio de instalaciones, la limpieza, el abastecimiento de los medicamentos y del hospital en general, que se brinda actualmente a sus pacientes. Entre los puntos importantes cabe remarcar que en general aquellos quienes no visitaban por primera vez tendían a evaluar de manera más crítica al hospital (un caso aislado señaló 5 puntos porcentuales).

La limpieza es una de las áreas de oportunidad mencionadas y adentrándonos en el porqué de la calificación encontramos algunos incidentes aislados. Sin embargo sí vemos consistencia en cuanto a la limpieza de los baños de visitas y la falta de papel higiénico en estos. Particularmente Rocío comentó: "Hace falta calidad en la

higiene, antes de entrar al cuarto el bote de basura ya estaba sucio y aún no estaba barrido, sólo la cama estaba tendida".

Por otro lado, un familiar de paciente hizo referencia a la falta de limpieza y orden por parte de otros familiares de pacientes de las instalaciones, debido a esto, Doris comenta: "Deberían poner más botes de basura, más cerca, y establecer orden para la limpieza".

De igual manera encontramos que aunque en la mayoría de los casos, los entrevistados estaban muy contentos con el servicio brindado en términos generales, se detectó un área de oportunidad la cual apareció en repetidas ocasiones. Esta necesidad refiere a que muchos de los pacientes son foráneos y sus familiares que se encuentran acompañándolos no tienen un lugar donde quedarse a dormir por las noches, ni un lugar en el cual ducharse. Aunque este no es un aspecto en el cual por sí el hospital deba de responsabilizarse, ya que no se contempla en la Ley del Seguro Social, los paciente manifiestan que su petición es que se abran regaderas (si es necesario con costo) para los familiares de los pacientes que están.

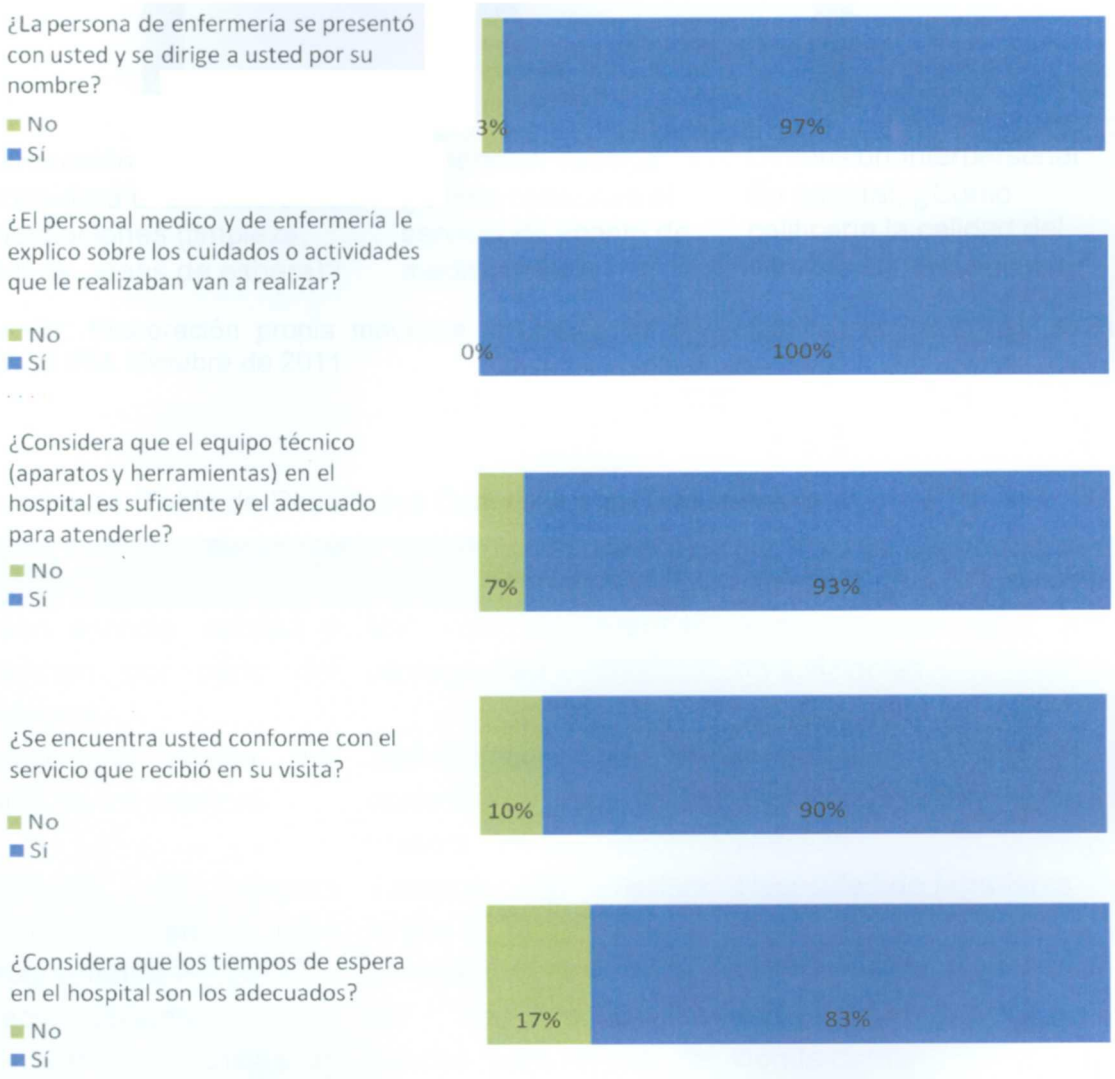
El 30% de los encuestados manifestó alguna retroalimentación hacia el hospital haciendo hincapié en el apoyo a foráneos. Alberto, uno de los encuestados comenta: "Debería de haber un área, para personas foráneas y de bajos recursos, para dormir y regaderas. Catres para dormir en la explanada". Un 16.6% de los encuestados pide que se instalen regaderas en algún área de la explanada, esto nuevamente, haciendo enfoque en las necesidades de foráneos para poder quedarse con sus pacientes el mayor tiempo posible. Héctor comenta: "Deberían ponernos a los foráneos regaderas, aunque nos cobre, no importa".

El 13.33% de los pacientes sugiere mejores áreas de espera y para descansar. Laura comenta: "No hay dónde esperar, pasamos largos tiempos adentro y no hay suficientes asientos". José, por su parte explica: "No a manera de queja, pero si

sugerencia, pues las bancas son duras y hay sofás sólo en algunos pisos, mejorando eso ayudaría a tener mejores áreas de espera". Norma indicó: "El lugar de espera, para descansar, es en el piso".

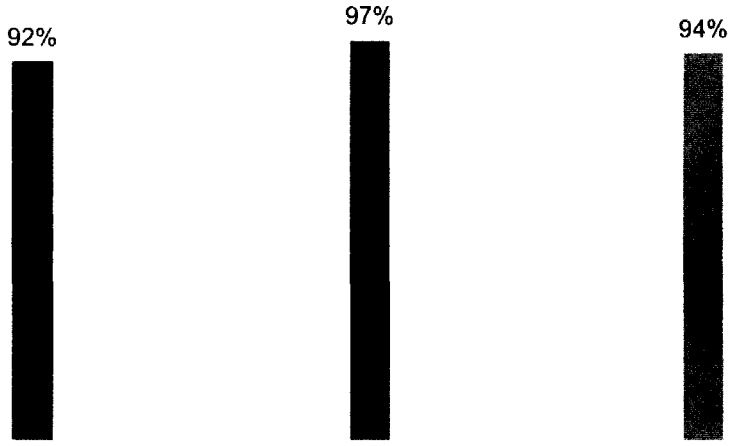
## 7.2 Resumen de Resultados

Cuadro 12: Tablas de Resultados de Encuestas I




Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

Cuadro 13: Tablas de Resultados de Encuestas II




| Dimensión Confort: ¿Cómo considera el servicio en las instalaciones (limpieza, baños, áreas de espera)? | Dimensión Técnica: ¿Cómo considera el servicio de abasto de medicamentos? | Dimensión Interpersonal: En general, ¿Cómo calificaría la calidad del servicio en este hospital? |
|---|---|---|

Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

Cuadro 14: Tabla de Resultados Cualitativos de Encuestas III

| Aciertos | Inconformidades | Áreas de Oportunidad |
|---|---|---|
| Buen servicio, calidad y atención por parte del personal | Mal trato por guardias de seguridad | Aparatos adecuados, pero no suficientes |
| Explicación atenta por parte de los médicos | Trabajadoras sociales contestan de mala manera | Más botes de basura y establecer orden para la limpieza |
| Tiempos de espera óptimos en citas programadas | Tiempos de espera largos al presentarse al hospital sin citas | Necesidad de regaderas |
| Reconocimiento de capacidades técnicas de los médicos | No hay suficientes bancas para áreas de espera | Apoyo para asilos, lugares donde dormir |

Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de la UMAE #34. Octubre de 2011.

# 8. Resultados de la Investigación Documental

## 8.1 Medición de Indicadores y Resultados

En cuestiones tecnológicas, el hospital 34 aun cuenta con una gran oportunidad para el aprovechamiento de estos recursos. Al llevar a cabo esta investigación detectamos la existencia de herramientas de medición como lo es el análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), sin embargo existe poca presencia de herramientas tecnológicas que ayuden a la planeación efectiva de los procesos y la medición de indicadores. Los procesos han ido madurando con el paso del tiempo, sin embargo, las tecnologías de información permiten logran resultados igualmente efectivos, pero en tiempos más cortos. Así pues, se sugiere la selección de una herramienta correcta para la formalización de gestión en calidad hospitalaria, es decir, se sugiere conseguir un ERP por sus silgas en inglés (Enterprise Resource Planning), que permita establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Este tipo de herramientas permitirá tener un mejor y mayor control de procesos, indicadores, resultados, y así mismo ayudará a mantener un mejor control de cada intervención clínico-quirúrgica de pacientes, a fin de crear, mantener y difundir una base de datos única; "esto permite garantizar la integridad y exactitud de los datos y la correcta codificación de los diagnósticos y servicios a los usuarios, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)" (Secretaría de Salud, 2006).

Particularmente, se sugiere la selección de las herramientas que proporcionen una mayor repercusión e impacto positivo en la calidad de atención al cliente. Es decir, de todos los procesos dentro modelo de gestión hospitalaria, deberán tomarse principalmente en cuenta los que se encuentran ligados a los Comités de Atención al Paciente (Jefatura de Calidad y Atención al Derechohabiente en el caso IMSS), ya que estos comités son los responsables de optimizar los recursos al inicio de

cada jornada, así como de organizar la gestión adecuada y personalizada del flujo de pacientes, de tal manera que se alcance el máximo nivel productivo. La atención al usuario final es clave para la medición de resultados y el cumplimiento de metas. Así pues, es importante comentar que este comité también es el responsable de la toma de decisiones en las actividades operativas y de la mejora continua.

## 8.2 Modelo de Excelencia en la Gestión

Importantes instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), promueven la "adopción de un Modelo de Excelencia en la Gestión, que sirva como referente para que las organizaciones del sector salud [...] sigan permanentemente el camino para ser calificadas y a tener prácticas de clase mundial que les permita entregar servicios seguros a los usuarios y una oferta de valor diferenciada a sus grupos de interés, asegurando su sostenibilidad y competitividad". (PCGS, 2009).

Las innovaciones en gestión hospitalaria en México establecieron como objetivo el "transitar de la unidad de atención estática, jerarquizada, prototípica y centrada en las necesidades del proveedor, hacia la organización 'flexible', abierta, profesional, centrada en el 'cliente', interconectada, de geometría variable, orientada a procesos, con infraestructura y tecnología apropiadas" (Secretaría de Salud, 2006).

Por medio de esta nueva gestión pública los principales puntos que se buscan abordar son garantizar la eficacia en la administración de los recursos y proveer de manera equitativa, un servicio óptimo para la sociedad (Frederickson, 1971). De esta manera, la práctica se torna hacia maximizar la eficiencia en la gestión financiera, estratégica y de calidad (Aguilar, 2006) y es aquí cuando por primera vez, el servir a la sociedad es el principal tema y busca garantizar servicios óptimos y ofrecer calidad. Por tal, la gestión pública empieza a considerar de

manera más visible las necesidades e intenciones de la sociedad civil, aunque la participación de los mismos es aún limitada debido a la poca oportunidad de espacios para colaboración.

Ahora bien, de adoptarse un Modelo de Gestión en Calidad Hospitalaria se sugiere una evaluación en la siguiente forma: investigación del gobierno y procesos de Estado, mediante tres actividades como procesos de control organizacionales:

- Recopilación, almacenamiento y recuperación de información
- Supervisión de personas
- Monitoreo y control del presupuesto

Estas tres actividades, consisten efectivamente en una evaluación de los programas y proyectos que las policitas públicas requieren para cumplir sus objetivos. Así mismo se sugiere:

- Incrementar la rendición de cuentas
- Aportar la base de la planeación y control de las políticas
- Brindar información para dar seguimiento a actividades organizacionales

## 9. Triangulación de Hallazgos

Con el propósito de presentar un enfoque mucho más detallado y convergente en esta investigación, se utiliza la herramienta de 'triangulación' (Hernández Sampieri, 2003). Podemos detectar que los esfuerzos realizados por la UMAE 34 se han reflejado notoriamente en los resultados obtenidos tras la aplicación de encuestas. Tanto los derechohabientes como sus familiares se encuentran, en su mayoría, conformes con los procesos, la atención y los servicios brindados por el personal que labora en la institución. Sin embargo, siempre existen áreas de oportunidad que pueden aprovecharse.

manera más visible las necesidades e intenciones de la sociedad civil, aunque la participación de los mismos es aún limitada debido a la poca oportunidad de espacios para colaboración.

Ahora bien, de adoptarse un Modelo de Gestión en Calidad Hospitalaria se sugiere una evaluación en la siguiente forma: investigación del gobierno y procesos de Estado, mediante tres actividades como procesos de control organizacionales:

- Recopilación, almacenamiento y recuperación de información
- Supervisión de personas
- Monitoreo y control del presupuesto

Estas tres actividades, consisten efectivamente en una evaluación de los programas y proyectos que las policitas públicas requieren para cumplir sus objetivos. Así mismo se sugiere:

- Incrementar la rendición de cuentas
- Aportar la base de la planeación y control de las políticas
- Brindar información para dar seguimiento a actividades organizacionales

## 9. Triangulación de Hallazgos

Con el propósito de presentar un enfoque mucho más detallado y convergente en esta investigación, se utiliza la herramienta de 'triangulación' (Hernández Sampieri, 2003). Podemos detectar que los esfuerzos realizados por la UMAE 34 se han reflejado notoriamente en los resultados obtenidos tras la aplicación de encuestas. Tanto los derechohabientes como sus familiares se encuentran, en su mayoría, conformes con los procesos, la atención y los servicios brindados por el personal que labora en la institución. Sin embargo, siempre existen áreas de oportunidad que pueden aprovecharse.

La primera surge al tomar en cuenta al familiar del paciente. Encontramos recurrentemente que debido a la gran calidad y prestigio de la UMAE 34, muchos pacientes viajan de diversos estados de la republica para llevar a cabo sus operaciones en la UMAE 34. Esto trae consigo una serie de eventos como lo son traslados a la ciudad de Monterrey, falta de lugares en donde dormir, ducharse, almacenar objetos personales, etc. Aunado a ello, se genera la sensibilidad emocional que toda operación hospitalaria genera en los familiares. Tomando esto en cuenta, se considera de suma importancia el capacitar y entrenar al personal de seguridad y al personal de trabajo social, para atender al paciente de la manera más adecuada en tiempos difíciles. Cada uno de los miembros del hospital aportan en una pequeña o gran cantidad al desarrollo de las actividades, procesos, mejoras de la unidad médica. Por tal, es fundamental que las personas que te reciben y orientan en la institución tengan la capacitación y el trato adecuado para mejorar la calidad estancia en el hospital.

En segundo lugar, se considera que existen inobservancias en La Ley del Seguro Social. Notamos como a pesar de existir una fuerte documentación sobre los diferentes lineamientos operacionales, existen áreas que no se contemplan para la atención integral que debe brindársele al derechohabiente y a sus familiares. Claros ejemplos de ello lo encontramos en la falta de espacios para el depósito de objetos personales, así como a las latentes solicitudes para tener acceso a baños completos en el mismo hospital.

Con respecto a los servicios adicionales que se proveen a los pacientes y familiares foráneos, encontramos una situación un tanto compleja hacia el hospital 34 del IMSS. Por un lado, es completamente entendible que la Ley del Seguro Social no contemple ciertas estipulaciones como lo son el proveer amplios espacios para que los familiares se queden acompañando a sus parientes que se encuentran hospitalizados. El Dr. Montemayor Leal nos comenta al respecto: "Necesitamos cambiar la cultura médica de la mayoría de la gente de este país,

por el paciente y por la calidad al paciente. Actualmente se ofrecen viáticos limitados para un acompañante, esto cuando el paciente está imposibilitado, pero la gente demanda más de lo que el hospital tiene capacidad de dar" (Montemayor Leal, Comunicación personal, 2011). Aún así, resultan ambas partes, tanto hospital como familiar de paciente, afectados por esta necesidad de espacios.

Finalmente, se corrobora la existencia de un modelo estandarizado de gestión en calidad al paciente por parte de la UMAE 34. Sin embargo, es importante recalcar que la gestión y maduración de este modelo fue mediante una transición paulatina. Particularmente encontramos que se trabaja con un modelo de calidad y una certificación a la par: Modelo MOCERI complementado con la Certificación del Conejo de Salubridad. De lograrse analizar, definir y empatar los lineamientos de ambos protocolos de calidad, se podría trabajar con un modelo único. De esta manera mediante el cumplimiento de todas las normas y especificaciones empatadas, el hospital podría llevar a cabo el seguimiento de calidad en los mismos indicadores y términos, verificando así su cumplimiento a la par.

Se considera pues, que mediante el uso de herramientas tecnológicas podrá existir una mejora más acelerada y notoria en el establecimiento de indicadores y mediciones que permitan conocer, evaluar y mejorar todas aquellas funciones que se desempeñan dentro de la organización en materia de calidad. Esto, en función con las recomendaciones por parte de la Organización Mundial de la Salud que recomienda "la valoración de tecnologías sanitarias (o HTA por sus siglas en inglés *-Health Technology Assessment-)* ya que es una evaluación y valoración exhaustiva de las tecnologías médicas existentes y emergentes, incluyendo {..} procedimientos, servicios, dispositivos y equipos, considerando sus efectos médicos, económicos, sociales y éticos (OMS, 1998).

## 9.1 Relación Teórica e Investigación Práctica: Fallas en la Implementación

Con el propósito de interrelacionar los conceptos de diseño, implementación y calidad en las políticas públicas a la par del desarrollo de un modelo de gestión de calidad hospitalaria, se presenta en las siguientes líneas, el vínculo directo en el ejecutar de la institución de salud. De acuerdo a Montemayor Guevara, existe una gran iniciativa por parte de los niveles de coordinación y jefatura por estandarizar procesos para lograr una más efectiva operación y ejecución en todos los departamentos pertenecientes a las instituciones hospitalarias.

"Actualmente, la UMAE 34 en Nuevo León es reconocida como una de las de mayor prestigio a nivel nacional, ya que cumple con todos los lineamientos de calidad sugeridos por la Secretaría de Salud a nivel federal, sin embargo aún contamos con grandes áreas de oportunidad" (Montemayor Guevara, Comunicación personal, 2011). Montemayor Guevara comentaba que en ocasiones, los problemas con nuevos proyectos para la mejora de procesos ocurren durante la etapa de implementación, principalmente porque requiere de un esfuerzo en común desde los directivos hasta los empleados de nivel de limpieza.

Como se estipula previamente, durante la implementación, ocurren muchos conflictos, ya que el trabajo colaborativo es necesario, así como la adopción de nuevas creencias y formas de trabajo. Cada individuo debe responsabilizarse de sí mismo y de desarrollar sus funciones de la manera más eficiente y que produzca un bienestar general para alcanzar objetivos en común. Según Montemayor Guevara, el problema a veces radica en la parte superior de la pirámide, ya que por evitar problemas con los trabajadores, muchos directivos deciden hacer caso omiso a nuevas operaciones, y permiten que los procesos continúen operando como siempre lo han hecho, y esto trunca la posibilidad de una mejora continua.

## 10. Conclusiones

El trabajo logrado por la administración de la UMAE 34 en sus últimos 12 años ha servido sin duda alguna como ejemplo para el resto de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Ha demostrado que mediante una administración eficiente, al igual que un compromiso por realizar operaciones de calidad es posible para llevar una institución pública a competir al nivel de una institución privada. Particularmente se debe hacer un enfoque en el esfuerzo por parte de los directivos para llevar a cabo cada vez un mayor número de 'buenas prácticas' que permitan elevar la calidad en atención brindada al paciente.

La investigación cuantitativa realizada nos permite corroborar que el llevar a la práctica un modelo de gestión de calidad de manera efectiva logra rankear a la UMAE 34 con una calificación promedio de 9 en cuanto a satisfacción por parte del usuario, esto en comparación con la calificación de 4.6 obtenido a nivel nacional de acuerdo a las encuestas del Grupo Reforma.

El esfuerzo y la perseverancia por parte de la UMAE 34 es notorio. Aún así, como sus propios miembros lo señalan, siempre hay espacio para una mejora continua. Y es por esto, que hemos detectado cuatro importantes necesidades que podrían cubrirse por parte del hospital.

En primer lugar (microgestión) encontramos que existe un número significativo de quejas en cuanto al servicio brindado por parte de los guardias de seguridad y las trabajadoras sociales. No puede ser coincidencia que los familiares de pacientes se encuentren equivocados acerca de la percepción sobre el servicio brindado en estas dos áreas. Es importante remarcar que el compromiso de calidad en atención al paciente debe brindarse en cada uno de los departamentos que integran el hospital, es decir, los servicios al paciente deben ser eficientes integralmente.

En segundo lugar (microgestión) notamos un alto porcentaje de pacientes y familiares que hacen referencia a las necesidades que enfrentan como foráneos (30%). Debido a que parte del compromiso de mejora continua es el abarcar áreas que anteriormente no se contemplaban, se debe señalar que la Ley del Seguro Social, o bien, el reglamento de operaciones interno del hospital, deberá hacer frente a las nuevas demandas y necesidades que surjan en el hospital. El elevar la calidad de los servicios aumenta las expectativas en los usuarios. Esto a su vez, genera un círculo virtuoso de mejora continua. Por tal razón, la UMAE 34 deberá empezar a contemplar las áreas de oportunidad que se sugieren por parte de sus usuarios. Estas áreas incluyen: Casilleros, Servicios de Regaderas, Camas, Salas de Espera, etc.

En tercer lugar (microgestión), se confirma la hipótesis inicial acerca de la existencia de un modelo de operaciones de calidad estandarizado dentro del hospital analizado (Modelo MOCERI). Este modelo es complementado mediante otras certificaciones como la otorgada por el Consejo de Salubridad. Para mejora continua en el desempeño del mismo se sugiere analizar la posibilidad de empatar los lineamientos, indicadores y prácticas de ambos protocolos operacionales ya que ello permitiría dar un seguimiento mucho más efectivo a los controles de calidad y mediciones. De esta manera, por medio del modelo único e integral de calidad se podrán monitorear los lineamientos generales y específicos de ambas herramientas de evaluación. A su vez, este modelo integrador demuestra su capacidad de transferibilidad como base para un modelo de gestión hospitalaria hacia otras unidades del IMSS, ya que su implementación sería total y sistémica.

En cuarto lugar (metagestión), se detecta la necesidad de transitar hacia herramientas tecnológicas más efectivas que permitan llevar a cabo el establecimiento de indicadores, así como su monitoreo. De esta manera, se podrá garantizar la efectividad en el cumplimiento de procesos que conducen al logro de la misión y objetivos en materia de calidad en atención a la salud. Para lograr este objetivo, la selección y establecimiento de una herramienta de trabajo como un

Sistema de Planificación Empresarial, o ERP (por sus siglas en inglés, *Enterprise Resource Planning*) es trascendental ya que garantizará el monitoreo de procesos y la mejora continua de los mismos.

Habiendo dicho esto, podemos concluir diciendo que la adopción de un modelo de gestión de calidad hospitalaria resulta una idea factible en el horizonte a mediano plazo para México. Sin embargo, aún queda camino por recorrer, entre los principales puntos podemos decir que la innovación en procesos para la mejora continua deberá surgir por parte de las mismas organizaciones prestadoras de servicios de salud, y a la par, deberá existir un empuje e incentivo por parte de la Federación mediante políticas públicas efectivas para el establecimiento, regulación y estandarización de estos modelos de calidad y certificaciones. Ahora la pregunta recae en: ¿Qué incentivos lograrán generar esta formalización por ambas partes?

## 11. Recomendaciones finales

Con el fin de dar cierre a esta investigación se enlistan a continuación una serie de recomendaciones finales que surgen a raíz de los hallazgos encontrados durante el proceso de investigación.

Formación de profesionales en todas las áreas (metagestión):

Se detecta una fuerte área de oportunidad en cuanto a la capacitación de los guardias de seguridad y se sugiere transitar hacia un lado más humanístico para poder comunicarse con los familiares de los pacientes que se encuentran en una etapa particularmente difícil. Se propone trabajar para que en la misma manera en que el médico y la enfermera han sido bien evaluados por su empatía y humanidad todos los empleados que tienen contacto con el paciente y/o sus familiares deban de tener estos mismos valores adjuntos a su área de especialidad y trabajo. Puntualmente se sugiere la negociación previa a las

Sistema de Planificación Empresarial, o ERP (por sus siglas en inglés, *Enterprise Resource Planning*) es trascendental ya que garantizará el monitoreo de procesos y la mejora continua de los mismos.

Habiendo dicho esto, podemos concluir diciendo que la adopción de un modelo de gestión de calidad hospitalaria resulta una idea factible en el horizonte a mediano plazo para México. Sin embargo, aún queda camino por recorrer, entre los principales puntos podemos decir que la innovación en procesos para la mejora continua deberá surgir por parte de las mismas organizaciones prestadoras de servicios de salud, y a la par, deberá existir un empuje e incentivo por parte de la Federación mediante políticas públicas efectivas para el establecimiento, regulación y estandarización de estos modelos de calidad y certificaciones. Ahora la pregunta recae en: ¿Qué incentivos lograrán generar esta formalización por ambas partes?

## 11. Recomendaciones finales

Con el fin de dar cierre a esta investigación se enlistan a continuación una serie de recomendaciones finales que surgen a raíz de los hallazgos encontrados durante el proceso de investigación.

Formación de profesionales en todas las áreas (metagestión):

Se detecta una fuerte área de oportunidad en cuanto a la capacitación de los guardias de seguridad y se sugiere transitar hacia un lado más humanístico para poder comunicarse con los familiares de los pacientes que se encuentran en una etapa particularmente difícil. Se propone trabajar para que en la misma manera en que el médico y la enfermera han sido bien evaluados por su empatía y humanidad todos los empleados que tienen contacto con el paciente y/o sus familiares deban de tener estos mismos valores adjuntos a su área de especialidad y trabajo. Puntualmente se sugiere la negociación previa a las

contrataciones de guardias externos sobre los requisitos o cursos que debiesen cursar antes de su comienzo laboral en el hospital.

Optimizar servicios integrales a pacientes y familiares (metagestión):

A pesar de no existir estipulaciones en la Ley del Seguro Social sobre los servicios brindados a familiares de pacientes como lo son casilleros, servicios de regaderas, áreas de descanso y recreación, se sugiere explorar la posibilidad de brindar este tipo de apoyo en la medida que los recursos financieros del hospital le permitan ir cubriendo. A la par, la prestación de estos servicios deberá ir acompañada de una gestación de cultura de orden y limpieza e los usuarios para garantizar la durabilidad y máximo aprovechamiento de los recursos.

Valoración de tecnologías para la calidad hospitalaria (metagestión):

Se sugiere un análisis a profundidad sobre las herramientas tecnológicas existentes en el mercado encargadas de establecer indicadores y mediciones homologados en todas las áreas hospitalarias donde los procesos de calidad se hagan presentes. Estas herramientas permitirán verificar de manera práctica y eficiente el cumplimiento de funciones de manera óptima. A su vez, este tipo de instrumentos permiten el monitoreo diario y continuo de operaciones. Para futuras investigaciones en el tema se recomienda un análisis exhaustivo de las diferentes aplicaciones, *softwares* y programas disponibles para la estandarización de procesos mediante el uso de las tecnologías de información.

Se presenta a continuación una serie de beneficios que la implementación de herramientas tecnológicas debe contemplar como criterio básico para su selección:

Cuadro 15: Beneficios de la Implementación de Herramientas Tecnológicas

| Logística | Información | Técnica |
|---|---|---|
| Facilitar los aspectos logísticos de la atención al paciente y su familia, antes (establecimiento de citas) durante y después de su tránsito por el hospital. | Permitir que las instituciones de salud funcionen eficientemente, intercambiando o compartiendo información, incluso en tiempo real. | Ayudar a los médicos, enfermeras y técnicos a actuar eficientemente. |
| Mejorar los procesos administrativos, haciéndolos casi imperceptibles para el paciente y su familia. | Simplificar los procesos de investigación y rastreo de datos, ya sea para consulta interna, para seguimiento de casos o para investigación diversa. | Optimizar el acceso a los datos administrativos, clínicos y epidemiológicos para las instancias que requieren esta información, evitando duplicidades en la captura o en procesos manuales. |

Fuente: Elaboración propia basado en el documento de Innovaciones en gestión hospitalaria en México (Secretaría de Salud, 2006).

Se espera que mediante esta serie de recomendaciones sea posible elevar y optimizar los niveles y expectativas tanto de los pacientes como del personal que labora para el cumplimiento de estas funciones. Finalmente, se sugiere explorar más el terreno de las políticas públicas de salud para lograr establecer los modelos de gestión de calidad como mandatarios a nivel Federal, para con esto estandarizar y regularizar las operaciones de atención a la salud en México.

## 12. Bibliografía


Aguilar, Luis (2006) "Gobernanza y Gestión Pública". Fondo de Cultura Económica México. 11-34 pp

Aguilar, L. (2007). La implementación de las políticas" Antologías de políticas públicas. Tomo IV. Miguel Ángel Porrúa, México. 15-92 pp.

CESOP (2007).La opinión pública. Cámara de Diputados LX Legislatura: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Agosto, 2007.

Comisión Interinstitucional de Enfermería (2003). Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Julio 2003.

CONEVAL (2011). Valoración de la Información contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED). Acciones Específicas de Desempeño 2010-2011. Consejo nacional de Evaluación de la Políticas de Desarrollo Social. 26 de julio de 2011. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/evaluaciones_programas/evaluaciones.html

Council of Europe (1998). Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum: 51.

CRAE. Modelo de Gestión. Centro Regional de Alta Especialidad. Retrieved from: http://www.crae.gob.mx/modelodegestion.html

Dávila, E. (2000). Evolución y reforma del sistema de salud en México. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo. Santiago de Chile, Enero de 2000.

Delgado, Marycarmen. (2011). Comunicación Personal: Entrevista Semi-Estrcuturada. Monterrey, Nuevo León, Septiembre de 2011.

Department of Health (1997). The new NHS: Modern and Dependable: A National Framework for Assessing Performance. London, The Stationary Office.

Donabedian, A. (1980) Explorations in quality assesment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan 1980.

Donabedian, A. (1988). "The Quality of Care: How can it be assessed?" Journal of the American Medical Association 260: 1743-1748.

Durán, Luis (2006). El Sistema de Evaluación de la Gestión en Salud del IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cancún, Quinata Roo. Octubre 25, 2006.

Downs, A. (1967). Inside bureaucracy. Boston, MA: Longman Higher Education.
Frederickson, G. (1971). Toward a new public administration. From Toward a new public administration: The Minnowbrook perspective. Scranton, PA: Chandler.

Elmore, R. "Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales". En Aguilar, L. (2007). La implementación de las políticas" Antologías de políticas públicas. Tomo IV. Miguel Ángel Porrúa, México. 147-1842 pp.

Facultad Nacional de Salud Pública, FNSP (2010). Por una reforma del sistema de salud. Universidad de Antioquia, Retrieved from http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab7/Declaracion_Ronda_de_medellin_marzo_25-26.pdf

Frederickson, G. (1971). Toward a new public administration. From Toward a new public administration: The Minnowbrook perspective. Scranton, PA: Chandler.

González, Lady. (2009). premio a la calidad de la gestión en salud - ciudad de Medellín, al Hospital San Vicente de Paúl. El Pulso, 10(135), Retrieved from http://www.periodicoelpulso.com/html/0912dic/general/general-03.htm

Grupo Reforma (2004). Evaluación de Instituciones Reprueban al IMSS. Departamento de investigación de Grupo Reforma. Telefónica Nacional a 31 de julio de 2004. México, D.F.

Gutiérrez, Ana (2004). La Calidad en el Servicio". Departamento de Enfermería, Hospital Gineco-Obstetricia No. 3. 2004.

Hernández Sampieri (2003). Metodología de la Investigación. Mc Grwaw Hill.

Holzer, M. (1992). "Total Quality Management for Public Service Productivity Improvement" en Public Productivity Handbook. Milwaukee, WI.

IMSS (2009). Coordinación Delegacional de Calidad y Normatividad del IMSS Nuevo León. Publicado: Marzo 27, 2009. Disponible en: www.imss.gob.mx/Delegaciones/NuevoLeon/ElIMSSen/Coord_+Calidad_Normatividad.htm

IMSS (2010). Informe de Labores 2009-2010 y Programa de Actividades 2010. Instituto Mexicano del Seguro Social. Mexico, D.F. 2010. Disponible en: www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm

IMSS, 2010. Coordinación Delegacional de Calidad y Normatividad. Instituto Mexicano del Seguro Social. Consultado en: www.imss.gob.mx/Delegaciones/NuevoLeon/ElIMSSen/Coord_+Calidad_Normatividad.htm

IMNC (2010). Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Instituo Mexicano de Normalización y Certificación A.C. Retrieved from: http://www.imnc.org.mx/sistemasdesast_c_32.html#Sectores

IMNC (2010). Certificación en Sistemas de Gestión. Instituo Mexicano de Normalización y Certificación A.C. Retrieved from: http://www.imnc.org.mx/certificacion_c_10.html

INP. Guía para la elaboración de manuales. Instituto Nacional de Pediatría. Retrieved from: http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/gmanual.pdf

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C., Sistemas de gestión de la Secretaría de Salud (2004). Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud. Subsecretaría de Administración y Finanzas, Secretaría de Salid. México

Ishikawa, Kauru (2000). ¿Qué es el control de la calidad? La Modalidad Japonesa. Colombia, 2000.

IOM (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.

Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una Mirada actual. Hospital Clinicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Rev Cubana Salud Pública 2004; 30 (1):17-36.

Joint Commission International . Accreditation for Ambulatory Care. JCI Accreditation and Certification . Disponible en: http://www.jointcommissioninternational.org/ambulatory-care/

Kong, Sergio. (n.d.). Sistemas de información: el hospital como organización. Institute of Ecology and Environmental Management, Retrieved from http://socrates.ieem.edu.uy/articulos/articulo.php?id_articulo=387

López, S. (2011). Comunicación Personal: Entrevista Semi-Estrcuturada. Monterrey, Nuevo León, Septiembre de 2011.

Luft H. Evaluating individua hospital qulity through outcome statustics. JAMA, 986; 225:2780.

Modern Medical Systems Co., MMS (2010). Hospital clinical engineering management. Retrieved from http://modmedsys.com/

Montemayor Guevara, A. (2011). Comunicación Personal: Entrevista Semi-Estrcuturada. Monterrey, Nuevo León, 2011.

Montemayor Leal, A. (2011). Comunicación Personal: Entrevista Semi-Estrcuturada. Monterrey, Nuevo León, Octubre de 2011.

Murray C., Frenk, J. (2000). WHO: Framework for Elath system performance assesment. World Health Organization; 2000.

OMS (1998). Terminology – A glossary of technical terms on the economics and finance of health services., Regional Office for Europe (document EUR/ICP/CARE0401/CN01).

OMS (2000). World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

OMS (2007). Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2 de mayo de 2007. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html

OMS (2008). La Investigación en Seguridad del Paciente Mayor conocimiento para una atención más segura: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008.

PCGS, . (2009). Premio a la calidad de la gestión en salud (pcgs). Plan de Desarrollo 2008 – 2011, Retrieved from http://www.premiocalidadsalud.org/presentacion.html

Praxiom Research Group (1997). "ISO 9000, 9001, and 9004P Plain English Definitions" Disponible en: www.praxiom.com/iso-definition.htm#Quality

Puente, R. (2011). Comunicación Personal: Entrevista Semi-Estrcuturada. Monterrey, Nuevo León, 2011.

Rein, M. (1978) Implementation. A theorical perspective in W D Burnham & M.W. Weinberg (Eds.). American politics and public policy: 307-335. Cambridge, Mass: MIT Press.

Salazar, Alonso. (2009). Medellín es solidaria y competitiva. Plan de Desarrollo 2008 – 2011, Retrieved from http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/S_Prensa/obj/pdfs/PeriodicoCompromiso/compromiso33lowres.pdf

Salazar, Alonso. (2009). Medellín es solidaria y competitiva. Plan de Desarrollo 2008 – 2011, Retrieved from

http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/S_Prensa/obj/pdfs/PeriodicoCompromiso/compromiso33lowres.pdf

Secretaría de Salud. (n.d.). Sistema Nacional de Salud: Disposiciones Comunes. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/t2.htm

Secretaría de Salud (2006). El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE. Innovaciones en gestión hospitalaria en México. retrieved from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7848.pdf

Secretaría de Salud (2001). Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. Comisión Interinstitucional de Enferemería. Secretaría de Salud. Mexico, D.F. Diciembre 2001.

Secretaría de Salud (2009). "Estándares para la Certificación de Hospitales'. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México, D.F. 1 de enero de 2009. Consultado en: www.csg.salud.gob.mx/.../certificacion/.../Hospitales/nuevos_est_hosp.pdf

UMAE 34 (2010). Misión de Unidad Médica de Alta Especialidad No. 34, Hospital de Cardiología, 2010

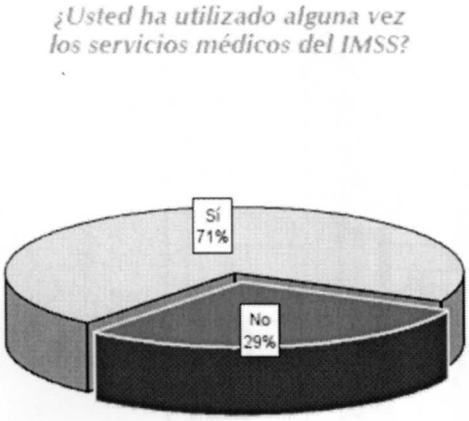
Velarde, H. (2011). Comunicación Personal: Entrevista Semi-Estrcuturada. Monterrey, Nuevo León, Octubre de 2011.

Weber, M. (1946). "Bureaucracy" en Essays in Sociology. En H. H. Gerth and C. Wright Mills. Oxford: Oxford University Press.

Wildavsky, A. (1973) Implementation. Regents of the University of California. University of California Press. EE UU. 11-16 pp.

## 13. Anexos

Cuadro Anexo 1: Confianza en los Servicios de Salud Publica
Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2007.




¿Usted qué preferiría?*

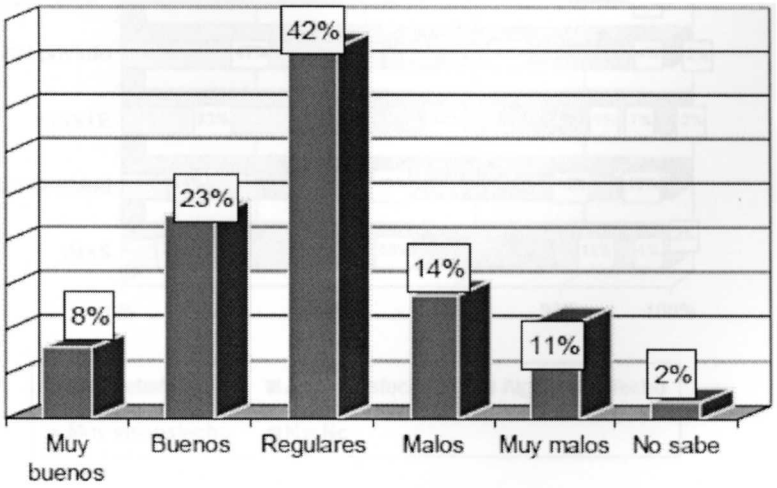
| | |
|---|---|
| Aportar su cuota al IMSS y usar sus servicios | 50% |
| Destinar su cuota para pagar un servicio médico privado | 42% |
| No sabe | 8% |

* Aplicada sólo a derechohabientes

Cuadro Anexo 1.1: Uso de Servicios Médicos del IMSS
Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2007.

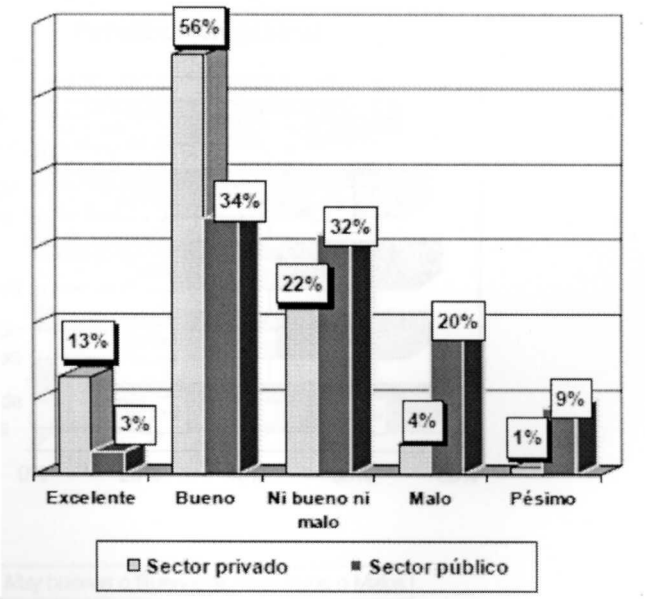
*¿Cómo calificaría usted los servicios médicos del IMSS?*

(familias con derechohabientes al IMSS)



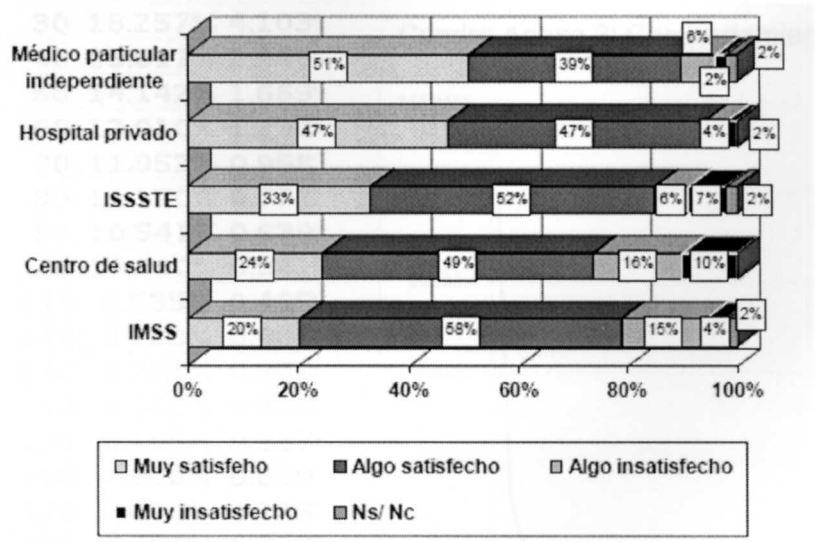

Cuadro Anexo 1.2: Calificación de Servicios Médicos del IMSS
Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2007.

*En general, ¿Cómo calificaría la calidad de los hospitales y clínicas (particulares/ del sector público)? ¿Diría que es excelente, bueno, malo o pésimo?*



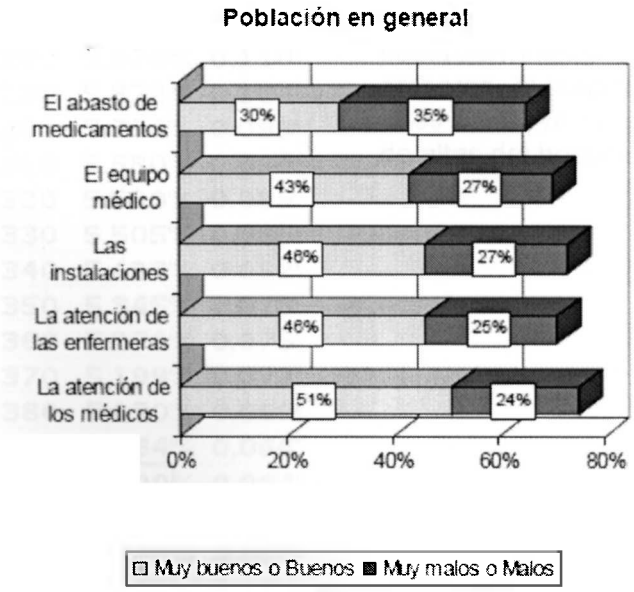

Cuadro Anexo 1.3: Calidad Servicios Médicos Públicos y Privados
Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2007.

*Si pensamos en el servicio en general que le brinda... ¿Diría usted que está satisfecho o insatisfecho con el servicio que le ofrecen? ¿Mucho o algo?*




Cuadro Anexo 1.4: Satisfacción en Servicios Médicos Ofrecidos
Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2007.

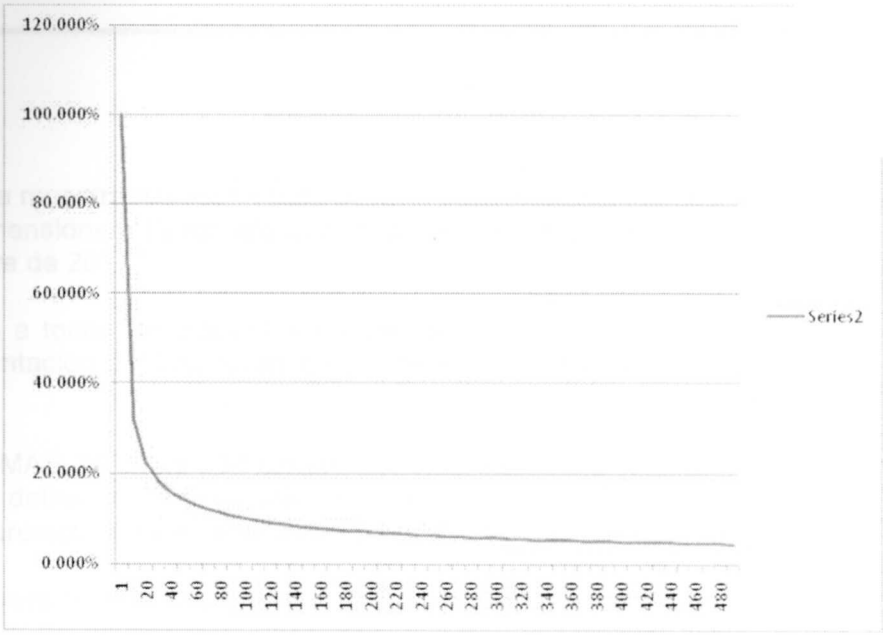
*Por su experiencia personal o por lo que usted ha visto u oído, ¿cómo diría que son los siguientes servicios en el IMSS?*




Cuadro Anexo 1.5: Percepción de Servicios Médicos del IMSS
Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2007.

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 100.000% | |
| 10 | 31.623% | 68.377 |
| 20 | 22.361% | 9.262 |
| 30 | 18.257% | 4.103 |
| 40 | 15.811% | 2.446 |
| 50 | 14.142% | 1.669 |
| 60 | 12.910% | 1.232 |
| 70 | 11.952% | 0.958 |
| 80 | 11.180% | 0.772 |
| 90 | 10.541% | 0.639 |
| 100 | 10.000% | 0.541 |
| 110 | 9.535% | 0.465 |
| 120 | 9.129% | 0.406 |
| 130 | 8.771% | 0.358 |
| 140 | 8.452% | 0.319 |
| 150 | 8.165% | 0.287 |
| 160 | 7.906% | 0.259 |
| 170 | 7.670% | 0.236 |
| 180 | 7.454% | 0.216 |
| 190 | 7.255% | 0.199 |
| 200 | 7.071% | 0.184 |
| 210 | 6.901% | 0.170 |
| 220 | 6.742% | 0.159 |
| 230 | 6.594% | 0.148 |
| 240 | 6.455% | 0.139 |
| 250 | 6.325% | 0.130 |
| 260 | 6.202% | 0.123 |
| 270 | 6.086% | 0.116 |
| 280 | 5.976% | 0.110 |
| 290 | 5.872% | 0.104 |
| 300 | 5.774% | 0.099 |
| 310 | 5.680% | 0.094 |
| 320 | 5.590% | 0.089 |
| 330 | 5.505% | 0.085 |
| 340 | 5.423% | 0.082 |
| 350 | 5.345% | 0.078 |
| 360 | 5.270% | 0.075 |
| 370 | 5.199% | 0.072 |
| 380 | 5.130% | 0.069 |
| 390 | 5.064% | 0.066 |
| 400 | 5.000% | 0.064 |
| 410 | 4.939% | 0.061 |
| 420 | 4.880% | 0.059 |
| 430 | 4.822% | 0.057 |
| 440 | 4.767% | 0.055 |
| 450 | 4.714% | 0.053 |
| 460 | 4.663% | 0.052 |
| 470 | 4.613% | 0.050 |
| 480 | 4.564% | 0.048 |
| 490 | 4.518% | 0.047 |

Cuadro Anexo 2: Comportamiento de la curva de errores




Fuente: Elaboración propia

Nota: La presente tabla refleja el comportamiento de la curva de errores muestrales. Se utilizaría en caso de tener una población infinita (10,000 >), ya se aproxima a infinita. Sin embargo, el hospital a evaluar mediante la encuesta de calidad si es finita, ya que se encuentra segmentada hacia el número de altas del hospital.

Cuadro Anexo 3: Error Muestral Para Poblaciones Finitas

| ERROR MUESTRAL PARA POBLACIONES FINITAS | |
|---|---|
| Tamaño de muestra | 30 |
| Tamaño de población | 118 |

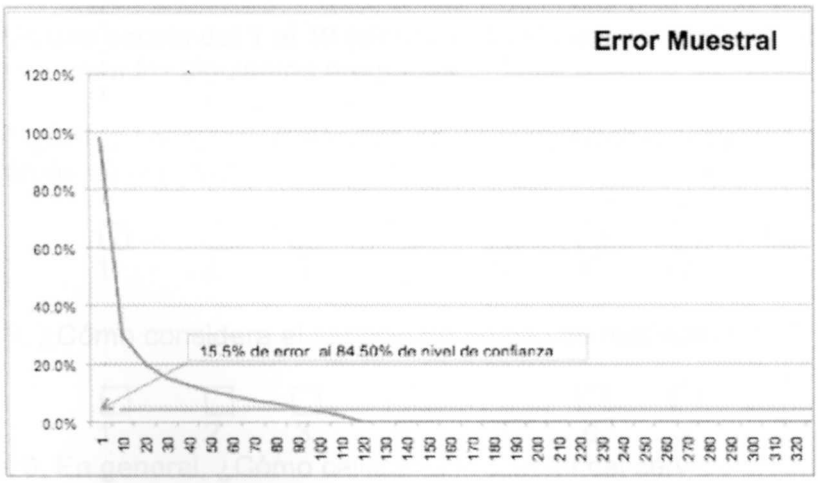
Fuente: Elaboración propia

Nota: Con el fin de determinar la muestra necesaria para llevar a cabo este estudio, se considerarán las siguientes dimensiones: El estudio considera la calidad en atención al paciente en el mes de Octubre de 2011.

Con esto definido, utilizaremos a todos los pacientes y familiares atendidos durante Octubre de 2011 como representación del flujo anual de pacientes. No consideramos estacionalidad como factor.

Dado que la ocupancia en la UMAE 34 es de 118 camas, consideraremos la rotación de pacientes como 1 al mes, definiendo así el universo como 118. Mediante una muestra de 30 entrevistas, lograremos un nivel de confianza del 84.5%

Establecido el muestreo, y habiendo definido el nivel de confianza y error como los comúnmente utilizados, la aplicación de encuestas pretende obtener un resultado de 30 encuestas en el período de un mes.




| 3 | Muestra | Error |
|---|---|---|
| 4 | 1 | 98.0% |
| 5 | 10 | 29.8% |
| 6 | 20 | 20.1% |
| 7 | 30 | 15.5% |
| 8 | 40 | 12.7% |
| 9 | 50 | 10.6% |
| 10 | 60 | 8.9% |
| 11 | 70 | 7.5% |
| 12 | 80 | 6.2% |
| 13 | 90 | 5.1% |
| 14 | 100 | 3.8% |
| 15 | 110 | 2.4% |
| 16 | 120 | #NUM! |

Fuente: Elaboración propia

## Anexo: Encuesta 1 - Calidad Hospitalaria en Monterrey

Encuesta No. _____

Primer Nombre/ Número del paciente:_____
Nombre del Hospital: _____
Fecha de Consulta: _____ Razón de Consulta: _____

| | Si | No |
|---|---|---|
| 1. ¿Es esta su primera consulta en este hospital? | ☐ | ☐ |
| 2. ¿La persona de enfermería se presentó con usted y se dirige a usted por su nombre? | ☐ | ☐ |
| 3. ¿El personal médico y de enfermería le explicó sobre los cuidados o actividades que le realizarían/van a realizar? | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Considera que el equipo técnico (aparatos y herramientas) en el hospital es suficiente y el adecuado para atenderle? | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Se encuentra usted conforme con el servicio que recibió en su visita? | ☐ | ☐ |
| 6. ¿Considera que los tiempos de espera en el hospital son adecuados? | ☐ | ☐ |

7. ¿Cuanto tiempo transcurrió desde su llegada al hospital hasta el momento en que comenzó a ser atendido? _____

En una escala del 1 al 10 (siendo el 10 el puntaje máximo), por favor responda las siguientes preguntas:

8.¿Cómo considera el servicio en las instalaciones (limpieza, baños, áreas de espera)?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

9. ¿Cómo considera el servicio de abasto de medicamentos?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

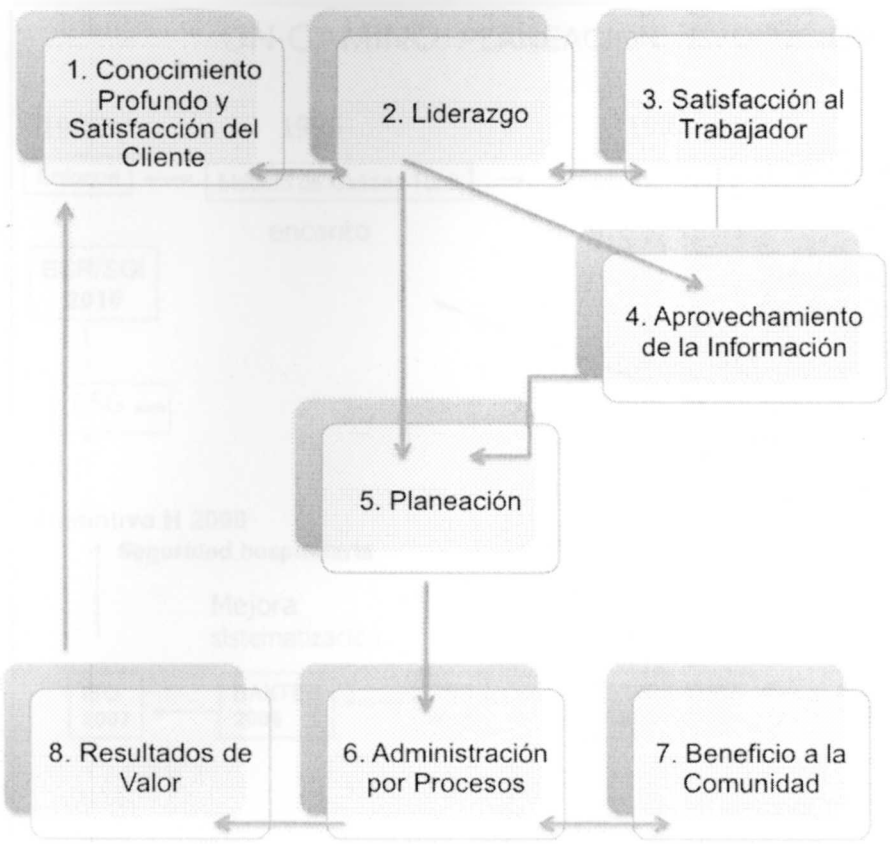
10. En general, ¿Cómo calificaría la calidad del servicio en este hospital?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

| | Si | No |
|---|---|---|
| 11. ¿Desea compartir alguna experiencia referente a la atención recibida en este hospital? | ☐ | ☐ |

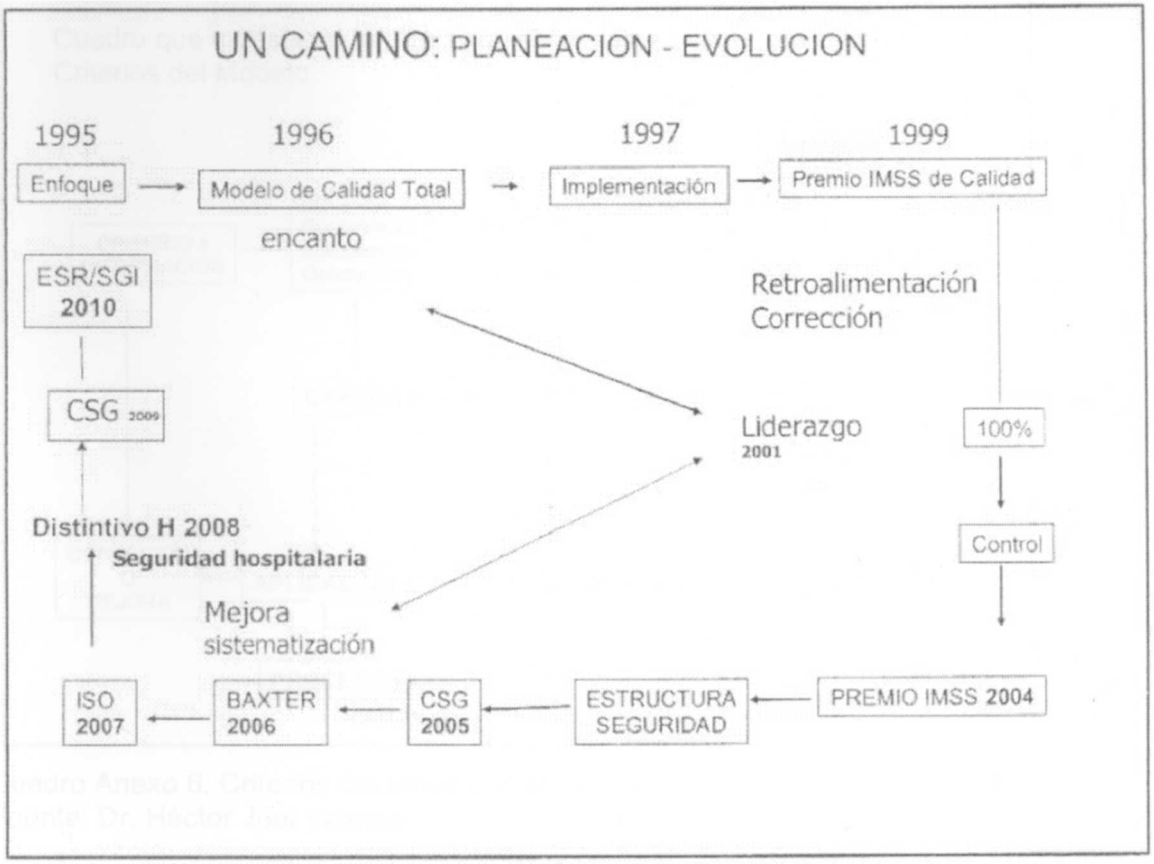
Nota Importante: Si la respuesta 11 es sí. Grabar el relato.

Cuadro Anexo 4: Diagrama de Operación



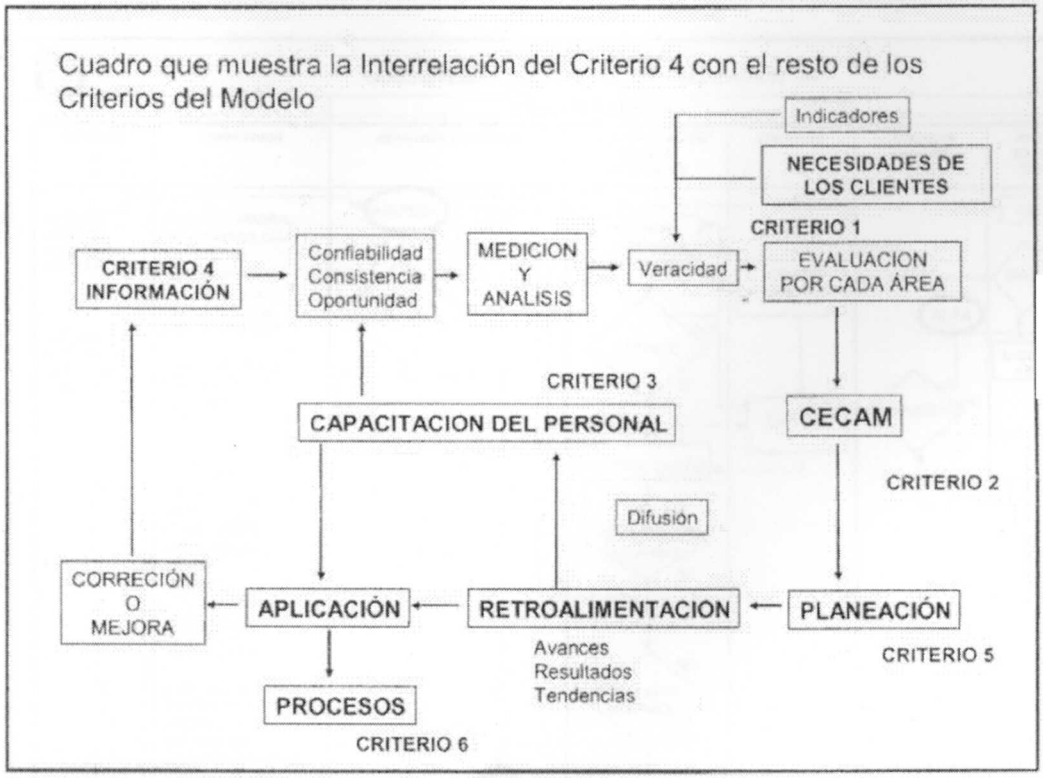

Cuadro Anexo 4: Diagrama de Operación
Fuente: Modelo de Pensamiento Sistemático del Dr. Héctor Joel Velarde

Cuadro Anexo 5: Camino: Planeación – Evolución



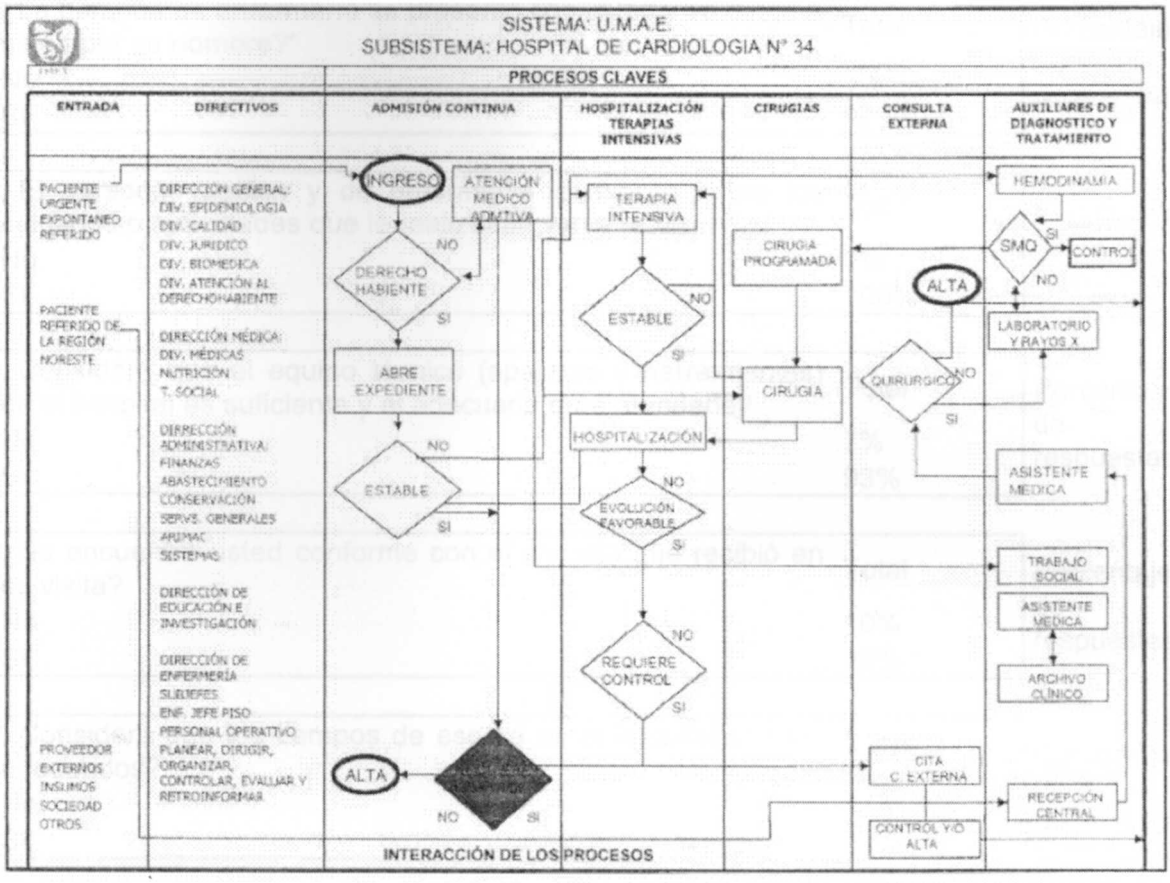

Cuadro Anexo 5: Camino: Planeación – Evolución
Fuente: Dr. Héctor Joel Velarde

Cuadro Anexo 6: Criterios del Modelo ligados a Información




Cuadro Anexo 6: Criterios del Modelo ligados a Información
Fuente: Dr. Héctor Joel Velarde

Cuadro Anexo 7: Subsistema: Hospital de Cardiología No. 34




Cuadro Anexo 7: Subsistema: Hospital de Cardiología No. 34
Fuente: Dr. Héctor Joel Velarde

Cuadro Anexo 8: Tablas de Resultados de Encuestas

| ¿La persona de enfermería se presentó con usted y se dirige a usted por su nombre?' | Total | Porcentaje de respuestas |
|---|---|---|
| No | 3% | |
| Sí | 97% | |

| ¿El personal medico y de enfermería le explico sobre los cuidados o actividades que le realizaban van a realizar? | Total | Porcentaje de respuestas |
|---|---|---|
| No | 0% | |
| Sí | 100% | |

| ¿Considera que el equipo técnico (aparatos y herramientas) en el hospital es suficiente y el adecuado para atenderle? | Total | Porcentaje de respuestas |
|---|---|---|
| No | 7% | |
| Sí | 93% | |

| ¿Se encuentra usted conforme con el servicio que recibió en su visita? | Total | Porcentaje de respuestas |
|---|---|---|
| No | 10% | |
| Sí | 90% | |

| ¿Considera que los tiempos de espera en el hospital son los adecuados? | Total | Porcentaje de respuestas |
|---|---|---|
| No | 17% | |
| Sí | 83% | |

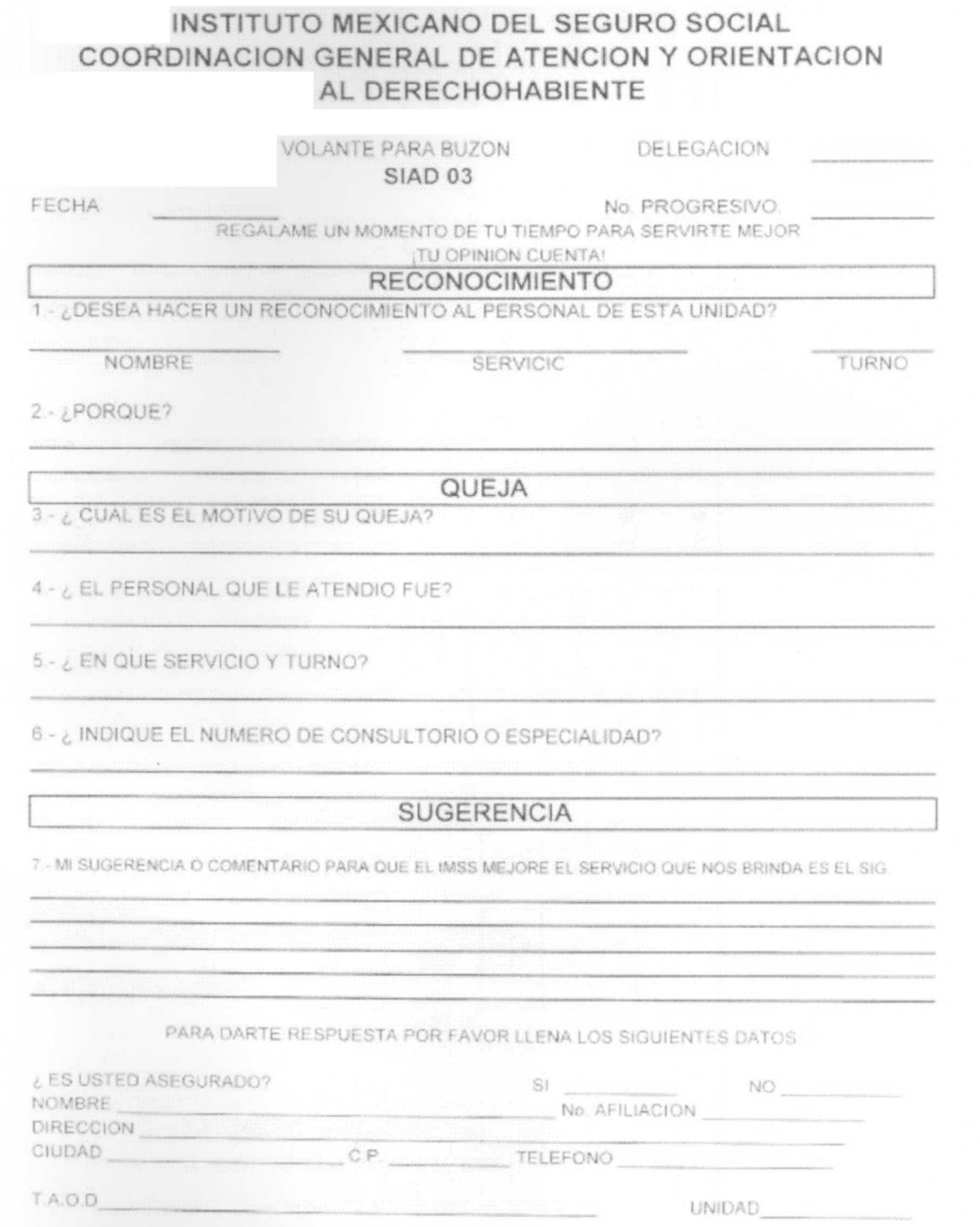
| ¿Cómo considera el servicio de las instalaciones (Limpieza, baños, áreas de espera)? | 92% | Promedio |
|---|---|---|

| ¿Cómo considera el servicio de abasto de medicamentos? | 97% | Promedio |
|---|---|---|

| En general ¿cómo calificaría la calidad del servicio en este hospital? | 94% | Promedio |
|---|---|---|

Fuente: Elaboración propia mediante aplicación de encuestas en la explanada de UMAE #34. Octubre de 2011.

Cuadro Anexo 9 - Formato IMSS – Volante para Buzón



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION GENERAL DE ATENCION Y ORIENTACION
AL DERECHOHABIENTE

VOLANTE PARA BUZON
SIAD 03

DELEGACION _____

FECHA _____ No. PROGRESIVO. _____

REGALAME UN MOMENTO DE TU TIEMPO PARA SERVIRTE MEJOR
¡TU OPINION CUENTA!

RECONOCIMIENTO

1.- ¿DESEA HACER UN RECONOCIMIENTO AL PERSONAL DE ESTA UNIDAD?

_____ NOMBRE _____ SERVICIC _____ TURNO

2.- ¿PORQUE?

_____

QUEJA

3.- ¿ CUAL ES EL MOTIVO DE SU QUEJA?

_____

4.- ¿ EL PERSONAL QUE LE ATENDIO FUE?

_____

5.- ¿ EN QUE SERVICIO Y TURNO?

_____

6.- ¿ INDIQUE EL NUMERO DE CONSULTORIO O ESPECIALIDAD?

_____

SUGERENCIA

7.- MI SUGERENCIA O COMENTARIO PARA QUE EL IMSS MEJORE EL SERVICIO QUE NOS BRINDA ES EL SIG.

_____
_____
_____
_____
_____

PARA DARTE RESPUESTA POR FAVOR LLENA LOS SIGUIENTES DATOS

¿ ES USTED ASEGURADO? SI _____ NO _____
NOMBRE _____ No. AFILIACION _____
DIRECCION _____
CIUDAD _____ C.P. _____ TELEFONO _____

T.A.O.D. _____ UNIDAD _____

Cuadro Anexo 9 - Formato IMSS – Volante para Buzón
Fuente: Atención al Derechohabiente, UMAE No. 34

Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey

30002007498702

http://biblioteca.mty.itesm.mx