



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
División de Estudios de Posgrado

“LA APLICACIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA Y SU
IMPACTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA, Y ADMINISTRATIVA.
CASO: “CLINICA HOSPITAL DR. ISMAEL VAZQUEZ
ORTIZ”, DEL ISSSTE QUERÉTARO”.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN

PRESENTA

LUIS FRANCISCO ROCHA FERREGRINO

Dirigida por: Dr. Javier Islas Domínguez

Querétaro, Querétaro, julio del 2003.

BIBLIOTECA CENTRAL UAQ
“ROBERTO RUIZ OBREGÓN”

No. Aca H. 6. 06. 1

No. Título _____

Clas TS

362.1

R672a

Ej. 1

BIBLIOTECA CENTRAL DAQ
"ROBERTO RUIZ OBREGON"
MEXICO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Facultad de Contaduría y Administración
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración

“LA APLICACIÓN DE LA MEJORA CONTÍNUA Y SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN MÉDICA, Y ADMINISTRATIVA. CASO: “CLINICA HOSPITAL DR. ISMAEL VAZQUEZ ORTIZ”, DEL ISSSTE QUERETARO”.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el el grado de
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN

Presenta

Luis Francisco Rocha Feregrino

Dirigido por:

Dr. Javier Islas Domínguez

SINODALES

Dr. Javier Islas Domínguez

Presidente

M.A. Oscar A. Cabello Estrada

Secretario

Dra. Gloria Arroyo Jiménez

Vocal

M.A. José Luis Huerta Bortolotti

Suplente

M.A. Jorge Ramos Martínez

Suplente

M. A. José Antonio Inclán Montes.

Director de la Facultad de contabilidad
y Administración.

Dr. Sergio Quesada Aldana

Director de Investigación y posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Marzo de 2003
México

RÉSUMEN

La importancia que se pretende con la elaboración de esta investigación, corresponde a una de mis más grandes preocupaciones generadas en los servicios de salud prestados en la "Clínica Hospital Dr. Ismael Vázquez Ortiz", en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, (ISSSTE) del estado de Querétaro.

Es trascendente que las actividades de salud desarrolladas por una institución pública, así como la conducta del hombre, en la relación con su entorno y en su participación social, deban, en todos sentidos, actualizarse a los métodos posmodernos que nos obligan los avances tecnológicos y el aumento poblacional del servicio.

Para la operación óptima de los servicios de salud, como parte de ese cambio estructural se implementan una serie de observaciones, pretendiendo con esto, una redefinición de políticas económicas, sociales y culturales que se deban dar en la prestación y el disfrute de la salud, correspondiente a la expresión estatal y el desarrollo de nuevas modalidades administrativas de trabajo conjunto, entre las entidades administrativas y las prestadoras del servicio médico.

La operación de los servicios, como parte de un cambio estructural, hace necesario implementar un nuevo modelo de atención pública y que se actualicen el marco legal y el administrativo. En primer término, se conceptualiza la importancia de la salud sus antecedentes en el Instituto, el planteamiento del problema, y las propuestas de solución, cuya conclusión será de sumo beneficio para la presente investigación.

(Palabras clave: servicios de salud; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE); Clínica Hospital Dr. Ismael Vázquez Ortiz; Prestación de servicios de salud; cambio estructural.)

SUMMARY

The importance pretended from the elaboration of investigation, responds to my great interest in the service provided by "Dr. Ismael Vázquez Ortiz Clinic" to state employers in Querétaro (ISSSTE).

Health related activities in a public institution are of great importance, together with personnel behavior and their social participation they must have up to date methods and knowledge of advanced technology proportional with population increase.

To activate the best health services, social observations are necessary to define changes in economical, social, political and cultural aspects in health services which can respond to new expressions of administrative and work development and relation between state administrative and operatives.

Services operation as a part of a structural change, makes it necessary to apply a new model of public attention which will update legal and administrative practice. First of all, introduce a definition to the problem and suggested solutions. The conclusion of this investigation would be of great value.

(Key words: health services; Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE); Dr. Ismael Vázquez Ortiz Clinic; Health related activities; Structural change.

A mi MADRE

A SUSY con amor eterno

Con respeto y cariño

A todos mis maestros por su tolerabilidad por haberme arropado en el seno de su conocimiento; y por que nunca solaparon mi ignorancia.

Al Doctor Javier Islas.

Con su gran saber me proporciono las herramientas(la regla y el compás) para poder escudriñar y no perderme en los vericuetos y laberintos de la ciencia administrativa.

Eternamente agradecido

A la UAQ que me adopto como uno otro de sus hijo para abreviar de su conocimiento.

INDICE

I.	RESUMEN	
II.	SUMMARY	
III.	DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS	
		PAG
	INTRODUCCIÓN	1
		.
	CAPITULO I IMPORTANCIA Y NECESIDAD DE LA SALUD	7
I.1	“CIRCUNSTANCIAS QUE HAN MOTIVADO LAS REFORMAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”	7
I. 2	“UNA VISION MEXICANA DE LA SALUD”	9
I. 3	“MODELOS SOCIALES DE LA SALUD”	11
I. 4	“LA ALIMENTACIÓN”	13
I. 5	“EL VESTIDO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD	14
I. 6	“LA INSALUBRIDAD”	16
I. 7	“LA HABITACIÓN”	17
I. 8	“LAS EPIDEMIAS”	19
I. 9	“CENTROS HOSPITALARIOS”	21
I. 10	“LA SALUD Y EL TRABAJO”	22
I. 11	“ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD”	25
I. 12	“DOMINIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA”	27
	CAPITULO II LA NECESIDAD DE LA SALUD	29
II. 1	“LA NECESIDAD DE LOS SERVIOS DE ATENCIÓN MEDICA”	29
II. 2	“LA SALUD”	31
II. 3	“LA NECESIDAD DEL SERVICIO MEDICO”	35
II. 4	“ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD”	40

II.5	“EL MEDICO: PRINCIPAL PROTAGONISTA EN LA GENERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD”	42
II. 6	“EL DIRECTIVO MEDICO Y EL PODER: INFLUENCIA SOBRE LA SALUD”	44
II. 7	“LA CLINICA Y LA ESTADÍSTICA”	46
II. 8	“LA COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO (CONAMED)”	46
II.9	“EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA REBELIÓN DE LOS DE LOS CONSUMIDORES”	52
	CAPITULO III EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	55
III.1	“ANTECEDENTES”	55
III.2	“DESARROLLO DE LOS SERVICIOS MEDICOS”	60
III.3	“SISTEMA INSTITUCIONAL DE SERVICIOS DEL ISSSTE”	63
III.4	“EL SERVICIO MEDICO”	66
III.4.1	“PERFIL EPIDEMIOLOGICO”	68
III.4.2	“RECURSOS PARA LA SALUD”	71
III.4.3	“ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL(ETS)”	72
III.5	“NATURALEZA DEL SERVICIO MEDICO”	73
III.5.1	“LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS”	74
III.5.2	“CAMBIO ESTRUCTURAL EN EL ISSSTE”	77
III.5.3	“OTRAS PRIORIDADES DEL INSTITUTO”	80
III.6	“UN MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD: FINALIDAD DEL ISSSTE”	82
III.6.1	“LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL ISSSTE”	83
III.6.2	“DIFINICIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS”	87

CAPITULO IV HACIA LA MEJORA CONTINUA	88
IV.1 “LA CALIDAD TOTAL: UN RETO A LA ACTITUD Y AL TALENTO”	98
IV.2 “CONTROL TOTAL DE CALIDAD”	105
IV.3 “OBSTÁCULOS EN LA MEJORA CONTINUA DEL ISSSTE”	113
IV.4 “PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA”	114
IV.5 “JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS”	118
IV.6 “MARCO CONDUCTUAL”	122
IV.7 “PROGRAMA OPERATIVO”	123
IV.8 “PROPUESTA TENTATIVA PARA RESOLVER LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA”	126
BIBLIOGRAFÍA	131

INTRODUCCIÓN.

Proporcionar protección, así fuese mínima, a los grupos más necesitados por motivos de edad o incapacidad siempre ha estado presente en la historia de este país. Los mexicas y los texcocanos incluyeron en su legislación diversas disposiciones que amparaban tanto a personas de edad avanzada como a trabajadores discapacitados. Hernán Cortés por su parte asignó pensiones a algunos soldados españoles por los servicios prestados y los daños sufridos durante la guerra de conquista.

Durante la colonia las cofradías -asociaciones de tipo cívico, laboral y religioso- daban a sus miembros, previo pago de cuotas establecidas, servicios como pago de salarios a los trabajadores durante sus enfermedades, auxilio a las viudas, asistencia médica y pago de entierros. El Monte Pío de animas (actual Nacional Monte de Piedad) representó otro intento de prestar institucionalmente un servicio de asistencia pública.

A principios del actual régimen se hacían evidentes, en el área de la salud, primordialmente en el ISSSTE, problemas históricos que no se habían podido superar cabalmente y que se agravaron por la crisis económica.

El ISSSTE, de acuerdo a su ley, contempla las áreas de servicios, cubriendo tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto comprenden a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos.

La política y la planeación de actividades científicas y tecnológicas para el desarrollo de este importante centro de seguridad social, se rigen por un conjunto de disposiciones legales y de procedimientos administrativos de alcance nacional.

En la actualidad el ISSSTE protege alrededor de ocho y medio millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la Institución. En Querétaro, se tiene a la fecha un registro de 75,741 derechohabientes, que amparan 103,183 usuarios de los servicios.

La atención médica se encuentra organizada en tres niveles:

- El primero comprende consulta externa y atención a los programas de medicina preventiva en las más de mil unidades de medicina familiar distribuidas en toda la República.
- El segundo nivel imparte medicina de especialidad en sus modalidades de consulta externa y hospitalización, a través de las más de ochenta clínicas - hospitales.
- El tercer nivel de atención médica lo forman los once hospitales regionales que proporcionan servicios médicos de alta especialización.

En el ramo de las prestaciones económicas se siguen otorgando créditos a corto y mediano plazo y el pago de pensiones. Además se da asesoramiento en los trámites relativos al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). El fondo de Operaciones y Financiamiento a la vivienda otorga anualmente cuarenta mil créditos hipotecarios a los trabajadores.

Mucho se ha estudiado la estructuración burocrática, los métodos y sistemas y su operación en general, más sin embargo, existen usos y costumbres que dificultan la buena marcha de los programas médicos y administrativos del ISSSTE.

El presente estudio tiene como objetivo el ofrecer elementos de análisis de los protagonistas de esta gran "célula" generadora de salud que es el ISSSTE y su contribución al enriquecimiento al sistema de salud en México, los resultados y las recomendaciones que forman parte de esta investigación no tienen otra finalidad que buscar una mejora en la forma en que la demanda y la oferta de un grupo de mexicanos que tienen necesidades, unos de recibir un buen servicio de salud y el otro de generarla con calidad y eficacia en el servicio.

Es indudable que los requerimientos de salud del ser humano influyen en todo su quehacer cotidiano, dentro de los ámbitos en los cuales se desempeñan, y entendiendo que existe una gran confluencia de elementos, los cuales intervienen para promover la igualdad, eficacia y calidad del servicio a la salud, siendo algunas de ellas la conformación biológica y el medio ambiente que lo rodea, dándole las condiciones de vida y su contacto con agentes que le provocan enfermedad y, por otro lado, su comportamiento como ser pensante, que genera conductas, que propicia o implica riesgos para su salud, como lo dice el Dr. Guillermo Soberón Acevedo¹, Presidente de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

Los procesos de cambio deben involucrar a todos los integrantes de la sociedad, para obtener una buena participación y que, tanto los usuarios como los generadores del servicio a la salud, se encuentren dentro de un espacio de acción óptimo, ya que la convergencia de intereses de grupo permitirá dar soluciones innovadoras, que siempre son retos para el mejoramiento de la salud y con ello contribuyendo las partes "Institución-derechohabientes" a que México sea una nación saludable.

El Dr. Julio Frenk Mora, actual Secretario De Salud, y un grupo de investigadores, editaron con FUNSALUD el estudio "Economía y Salud", realizado en 1994, y cuyo reporte está organizado en tres partes:

- a. "El Camino y el Destino" que fueron las bases doctrinarias para el avance de la salud, discutiéndose los valores, principios y propósitos que generan la búsqueda social del progreso en la salud, pero que además articula una visión y una misión para el sistema de salud.

¹ SOBERON Acevedo, Guillermo. "La Protección de la Salud en México". México, Miguel Ángel Porrúa Editor, 1989.

- b. "De Donde Venimos: Elementos para un Diagnóstico" ésta parte analiza las tendencias y satisfacción de la época, tanto en peso de la enfermedad como el desempeño del sistema de salud, y,
- c. "Hacia Dónde Vamos: Una Propuesta Estratégica" siendo ésta última parte, el ofrecimiento de un conjunto de recomendaciones concretas, para llevar a cabo una reforma del sistema de salud vigente.

Este informe, que inicialmente fue conformado mediante un proceso amplio de consultas entre los múltiples grupos interesados en la salud, es actualmente el soporte medular del Programa Nacional de Salud en nuestro país.

Con los cambios políticos en México, los sistemas de salud se han revisado continuamente para valorar la efectividad, introduciendo modificaciones con la finalidad de incrementar el rendimiento, ya que siempre habrá huecos para hacer mejoras que son necesarias con experimentos innovadores que aumentan, por un lado, el quehacer médico en mejorar la calidad de vida del ser humano consiguiendo tan solo, por medios muy elaborados y complejos una mejora en la calidad de vida, descubrimientos de nuevos antibióticos, establecimiento de clínicas del dolor para pacientes con cáncer terminal, entre muchos.

México, no puede estar ajeno a la pérdida de fronteras geográficas, producto de la globalización, ya que los políticos dirigentes del Estado Mexicano deben estar inmersos en ésta corriente, cuestionando siempre las soluciones a los problemas de salud así como preocupados en la mejora, distribución y organización de los recursos, cada vez menores para una demanda creciente a estos servicios de salud y con necesidades mayormente complejas, a fin de que se apliquen en forma equilibrada, dando como resultado elevar los niveles de atención a la salud en nuestro país.

Ante la globalización y los cambios políticos en los tiempos actuales, México se encuentra en renovación, requiriendo por tanto de un actualizado sistema de salud, ya que los cambios críticos de ésta transición indican que se deben aprovechar todos los elementos de un pasado para fundar y crear un presente, anticipándose al futuro incierto y lleno de retos, ya que la salud se encuentra ligada a los destinos de ésta gran nación, que se transforma tanto en el ámbito político, social y económico, dependiendo de la estabilidad creada por un buen nivel de salud.

Uno de los primeros diagnósticos para la salud en nuestro país sigue siendo la definición de los principales problemas endémicos que afectan a la población y sus posibles soluciones, e indudablemente el ISSSTE no deja de ser una parte primordial, del sistema de salud. Por otro lado se debe efectuar un estudio de análisis de costos, dando prioridades a las investigaciones y el desarrollo tecnológico que permita tener soluciones a dichos problemas y sin duda, no es menos importante, la revisión de la capacidad tanto de capital humano y de infraestructura para la aplicación de programas que permita darle solución. Por eso es imprescindible un cambio, normativo, estructural y operativo del sistema de salud, siendo la misión, el mejorar las condiciones de salud con calidad, eficiencia y equidad, para todos los usuarios. Y la institución que nos ocupa no es ajena a esto.

Sin duda el diseño de procesos para el cambio, requiere de la participación de todos los grupos involucrados en la salud, tanto usuarios como generadores del servicio, por lo que se debe crear un mecanismo plural y participativo, que evalúe y propicie un cuidadoso proceso para la transformación del funcionamiento gradual de los cambios.

Todos los sistemas de salud en el mundo, se enfrentan hoy en día a cambios frecuentes y presiones, ya que las enfermedades se han transformado dentro de una complejidad multifactorial. Por otro lado, el aumento en el número de

enfermedades crónico degenerativas, por el proceso de envejecimiento de la población, con el crecimiento de los grupos de población de edad avanzada sobre el de los jóvenes y los programas de control de la natalidad, dificultan la resolución de este tipo de daños a la salud.

CAPITULO I

IMPORTANCIA DE LA SALUD

I.1 CIRCUNSTANCIAS QUE HAN MOTIVADO LAS REFORMAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El artículo 123 de la Constitución de 1917 en la fracción XXIX, consideraba "el establecimiento de cajas de seguros populares". Con base en estas disposiciones el 12 de agosto de 1925 empieza a funcionar la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, creada por la ley del mismo nombre y que proporciona a los empleados públicos la jubilación, protección durante la vejez y préstamos a corto plazo e hipotecarios. Las pensiones se otorgan, entonces, por vejez, inhabilitación, muerte o retiro a los 65 años (después de 15 años de servicio).

Con los años, la ley que regulaba el funcionamiento de la dirección de Pensiones Civiles experimentó modificaciones que permitieron ampliar los servicios que se prestaban, mejorar su funcionamiento e incorporar a un mayor número de trabajadores públicos, así como a los veteranos de la Revolución Mexicana de 1910.

Para 1947 la Dirección de Pensiones era un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y Patrimonio propios. Se ampliaron los seguros de vejez, invalidez, muerte, orfandad y viudez, y se redujo la edad para recibir las pensiones de 55 años y con un mínimo de 15 años de servicio.

En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Diciembre. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades.

Existen muchas circunstancias que han dado origen a que las reformas a los sistemas de salud se lleven a cabo, dado que históricamente ha existido el interés por la mejora en éste sector, desde los orígenes de la humanidad, sin embargo, esto se ha agudizado y lo podemos describir en dos apartados:

1. La sociedad cambiante, con una modernidad exigente, educada mayormente, politizada y más involucrada en el quehacer nacional y la economía, con cambios muy importantes en la pirámide poblacional.
2. La salud como un componente primordial de bienestar social, el país con una salud que es un elemento esencial para la economía con gastos importantes en este rubro, y con el interés de disminuir los costos para conservar los niveles de salud, minimizando los tratamientos curativos y de rehabilitación que generan mayor gasto; Este gasto implica no solo lo financiero sino la inversión en el capital humano para su capacitación, pero que sin duda el conjunto de ellos, el producto final, es crear personas saludables para alcanzar un desarrollo personal, comunitario y finalmente un desenvolvimiento económico como país.

Indudablemente ésta necesidad, ha creado que la salud sea una “divisa” política, que demanda y otorga juego de poder entre los grupos políticos de los gobiernos en turno, es por ello que a la fecha, la salud es un valor social por la necesidad; un factor económico por lo que genera entre los proveedores y los clientes externos, pero además, un poder político creciente en las sociedades posmodernas.

En nuestro país la necesidad de salud, se ha elevado a garantía del derecho social, dictaminando ese derecho con sistemas equitativos y efectivos, creado esto por la insatisfacción en torno al funcionamiento de las instituciones de seguridad social, siendo un foco rojo las manifestaciones de insatisfacción, ya que la

demanda aumenta exponencialmente y ello puede poner en peligro los tratados de libre comercio con otros países² y por otro lado la paz social.

I. 2 UNA VISIÓN MEXICANA DE LA SALUD.

Ante la globalización y los cambios políticos en los tiempos actuales, México se encuentra en renovación, requiriendo de un nuevo sistema de salud, ya que los cambios críticos de ésta transición indican que se deben aprovechar todos los elementos de un pasado para fundar y crear un presente, anticipándose al futuro incierto y lleno de retos, ya que la salud se encuentra ligada a los destinos de ésta gran nación, que se transforma tanto en el ámbito político, social y económico, dependiendo de la estabilidad creada por un buen nivel de salud.

Uno de los primeros diagnósticos para la salud en nuestro país sigue siendo la definición de los principales problemas de salud que afectan a la población y sus posibles soluciones, e indudablemente el ISSSTE no deja de ser una pieza primordial, como parte del engranaje del sistema de salud, por otro lado se debe efectuar un estudio de análisis de costos, dando prioridades a las investigaciones y el desarrollo tecnológico que permita tener soluciones a dichos problemas y sin duda, no menos importante, es la revisión de la capacidad tanto de capital humano y de infraestructura para la aplicación de programas que permita darle solución, por eso es imprescindible el cambio, normativo, estructural y operativo del sistema de salud, siendo la misión, el mejorar las condiciones de salud con calidad, eficiencia y equidad, a todos los usuarios de los mismos. Y la institución que nos ocupa no es ajeno a ello.

Sin duda el diseño de procesos para el cambio, requiere de la participación de todos los grupos involucrados en la salud, tanto usuarios como generadores del

² E. Sigerist, Henry, "Civilización y la Enfermedad", Editorial. Fondo de Cultura Económica; 1ª. Edición México 1987 Capítulo I. Pág. 51: "...el coeficiente de mortalidad en Londres era de 42 por cada 1000 habitantes, en el periodo comprendido entre 1681-1690; bajo a 35 en el siglo XVIII, a 25 en 1846-1855 y ahora apenas si llega de 12. La salubridad, la construcción de nuevas presas y los sistemas de drenaje desempeñaron un papel importante en la baja de la mortalidad en las ciudades..."

servicio, por lo que debe crear un mecanismo plural y participativo, que evalúe y propicie un cuidadoso proceso para la transformación del funcionamiento gradual de los cambios.

Todos los sistemas de salud en el mundo, se enfrentan hoy en día a cambios frecuentes y presiones, ya que las enfermedades se han transformado dentro de una complejidad multifactorial. Por otro lado, el aumento en el número de enfermedades crónicas degenerativas, por el proceso de envejecimiento de la población, con el crecimiento de los grupos de población de edad avanzada sobre el de los jóvenes y los programas de control de la natalidad, dificultan la resolución de este tipo de daños a la salud.

Los avances, en el rubro de la salud han avanzado importantemente, ya que por un lado la esperanza de vida ha aumentado desde la década de los 50, con un promedio de 37% más en los últimos 10 años, las enfermedades respiratorias han disminuido importantemente, y desde 1990 no se ha reportado un solo caso de poliomielitis y ningún caso de difteria desde 1993, de sarampión tan solo se han reportado 200 caso por año, posterior a la epidemia de 1989-1990, la mortalidad materna ha disminuido entre un 44-45 %

Las últimas décadas han sido testigos de una profunda reforma del sistema de salud en México, han surgido nuevas formas de organización, revolución en el conocimiento médico y sobre todo en su concepción y aplicación a los pacientes. Ello ha hecho un giro en un cambio que dirige sus aristas en dos direcciones: hacia la población y hacia las instituciones de salud. En el primero implica el derecho a la protección de la salud y un avance en la participación de la comunidad, para hacer ese derecho una realidad y segundo, en donde los organismos prestadores de salud, dentro de la reforma a la salud, representan un doble esfuerzo de descentralización y de modernización. El nuevo esquema de la salud se presenta sobre una base de conocimientos científicos, que validan la planeación estratégica y definen las normas para la atención.

I.3 MODELOS SOCIALES DE LA SALUD.

Para el individuo, la enfermedad, no es sólo un proceso biológico, sino también una experiencia que afecta su vida entera, ya que él, crea la civilización, por lo que la enfermedad afecta su actuar en su vida misma y por ende sus actos; sin embargo ésta, puede atacar no sólo al hombre como ser individual, sino que los grupos humanos son afectados temporalmente, manifestándose como epidemias o en períodos de tiempo más prolongados, como en las endemias. Cuando la enfermedad hace presa de un grupo o una zona geográfica, ésta se refleja en el desarrollo cultural de los grupos humanos.

Durante el desarrollo humano, la enfermedad ha hecho presa de la sociedad y ésta ha tenido que luchar contra ella de una u otra forma. Es por ello que la ley es un esfuerzo por regular las relaciones entre el hombre y el hombre, aun con el hombre enfermo.

Es por ello que, la génesis de la enfermedad, supone siempre dos factores, el hombre y el medio, y en éste último el hombre es producto de la fusión de dos células germinales, donde recibe dos cargas genéticas, que contiene los factores hereditarios, dicho en otras palabras el material, con que se enfrentara al mundo y de éste material pasará la mitad a uno de sus hijos perpetuando la especie, y con ello, la herencia es un factor extremadamente importante para la preservación de la especie, dominando su apariencia física, su longevidad, inteligencia, hasta su carácter y aptitudes, e indudablemente teniendo influencia en la adquisición de las enfermedades, a las cuales estará expuesto y propenso, durante todo en transcurso de su vida. La herencia sin duda no tiene un destino inexorable como se ha creído, ya que la herencia que el hombre recibe, puede mejorarla o estropearla.

Sin duda el medio social y físico, es causa de casi todas las enfermedades, por la severa influencia del hombre, que lo ha alterado tan importantemente, aunado a la modificación de la civilización donde se desenvuelve el hombre; civilización que al

evolucionar, ha producido condiciones desventajosas para la salud creando riesgos y peligros causantes del mayor número de las enfermedades. Sin embargo, no siendo tan pesimistas, la civilización ha creado la medicina y la salubridad, forjando con ello armas necesarias para combatir las enfermedades, que de un arte para la cura de enfermedades actualmente es una ciencia, aunque todas las consideraciones que pueda expresar, son insuficientes para demostrar los nexos que existen entre la civilización y la enfermedad, pudiendo decir que existe una relación compleja y donde no podría agotar el tema en este trabajo.

Como es obvio, los adelantos afectaron la incidencia de las enfermedades de nuestros antepasados, aunque se redujeron los riesgos, por que el abastecimiento de alimentos se hizo más fácil y seguro, además que mejora la protección contra el frío y de sus enemigos y sin duda la resistencia natural a las enfermedades se reduce gradualmente, al aumentar la dependencia de los productos de la civilización. En la salud y la enfermedad del hombre, los factores que influyen sin duda son las relaciones sociales, la ocupación, la alimentación, la vivienda.

El hambre ha sido por años como hasta nuestros días, creadora o origen de disturbios sociales, y aunque ya las condiciones son diferentes, la tierra producía menos que ahora, los medios de comunicación y transporte eran muy lento y la importación de los alimentos sólo era posible por naciones o imperios poderosos por su organización como Estado, por esto, cuando las malas cosechas se presentaban, no sólo afectaban al pueblo que los producía, sino también al presentarse escasez de alimentos, se elevaban los precios de los productos agrícolas, por lo que los mas pobres eran los mas afectados, creándose indirectamente desempleo, pobreza y por instinto de conservación, tomaban los alimentos de dónde los encontraba, o los robaba.

I.4 LA ALIMENTACIÓN

Sin duda el hambre ha sido un terreno propicio para el desarrollo de las enfermedades, ya que la falta de alimentos producía síndromes carenciales y presa de todo tipo de infecciones al reducir su resistencia orgánica.

El hambre crea condiciones adversas del ambiente donde se desarrolla el hombre, creando movimientos de los grupos humanos, abandonando sus hogares emigrando a sitios menos afectados, contrayendo o diseminando enfermedades epidémicas que padecía. Por ello el hambre y su fantasma fue causa de muchas migraciones y hay muchos ejemplos de ello en la literatura.³

Se puede mencionar que en países donde había las mejores tierras, como por ejemplo en Europa, específicamente en los países balcánicos, la mortalidad era alta por la salud quebrantada por la desnutrición entre 1931 – 1935, en la Yugoslavia el promedio de mortalidad general por cada 1000 habitantes era de 17.9 y el promedio de mortalidad infantil por cada 1000 niños nacidos era de 153, en Rumania el promedio de mortalidad por cada 1000 habitantes era de 20.6 y el promedio de mortalidad infantil por cada 1000 niños nacidos era de 182⁴.

Sin duda, el alimento es la necesidad básica y con el axioma: “quién trabaja tiene derecho a la cantidad y calidad del alimento que su organismo requiere, porque si trabaja contribuye a su vida en la sociedad”. Y antes el ser humano se resignaba a aceptar la carestía y desnutrición, creyendo que se debían a humanamente irremediables, sin embargo el cambio de actitud, fruto de el cambio a la democracia, dándose cuenta que nada justifica el hambre la desnutrición en medio de la abundancia y que ello es fruto y consecuencia de la organización social y que ésta se puede cambiar, aun cuando el mundo cruza por una de las crisis (fruto de la globalización).

³ E. Sigerist, Henry, *Civilización y la Enfermedad*, Ed. Fondo de cultura Económica, 1ª. Edición México 1987 Capitulo I.

⁴ *Ibidem*. Pág. 22.

Sin duda la habitación o casa ofrece protección de la inclemencia del clima siendo un instrumento de salud, pero también puede ser causa de daño sino cumple con ciertas especificaciones, ya que debe ser espaciosa para los que la habiten gocen de espacio, aislamiento y aire, contando con baño, cocina, etcétera, por lo que la falta de ventilación ha contribuido a viciar el ambiente de los hogares, como en las cocinas, que aún son muy frecuentes en los medios rurales, donde queman leña creando problemas pulmonares, o la creación de la estufa que tuvo su origen en la antigua Roma, donde sólo se utilizaban solo para cocinar y hornear, diversificándose su uso en el mundo hasta su uso como medio de calefacción, convirtiéndose en el medio mas barato, así usando medios de combustión como el carbón hasta el gas natural , sin embargo creando gases tóxicos, productos de la combustión, siendo causa de muchas muertes por envenenamiento de monóxido de carbono, o por alteraciones pulmonares por el cambio de temperatura, ya que solo la estufa calentaba la habitación o zona en la que se encontraba, pero al pasar a otro espacio la distermia se presentaba creando la enfermedad de las vías respiratorias, abatiendo las defensas del individuo haciéndole mas susceptible a otro tipos de enfermedades, incluso uno de los azotes de la humanidad: la tuberculosis pulmonar. Sin embargo, con la creación del clima actual artificial, constituye un adelanto porque hace más uniforme la dispersión del calor o frío, inclusive haciéndose de gran lujo en la actualidad, pero sin duda a pesar del gran adelanto presenta desventajas, por causar varios daños en el aparato respiratorio y termoregulador del ser humano ante los cambios bruscos de temperatura.

Un adelanto de las civilizaciones modernas son los sistemas de alumbrado, ya que ha tenido influencia importante en el modo de vivir como se describe en la antigüedad por Plinio: " Vivimos mientras estamos despiertos", por ello la lámpara eléctrica ha alargado nuestra vida, ya que en la antigüedad el ritmo de vida del ser humano equiparaba a la de la naturaleza, en la que se dormía con la puesta del sol y se levantaba con el alba, incluso a la fecha lo hacen los campesinos de todo el mundo donde no cuentan con la energía eléctrica.

En la antigüedad, aun la luz del día era problema, porque el vidrio inventado, 2500 años AC, era oscuro y opaco aunque su uso no era generalizado. En la época del siglo XIX, cambió radicalmente, ya que se usó gas natural, aunque éste tipo de alumbrado no estaba exento de peligro de intoxicaciones, por el alto contenido de bióxido de carbono o incendios. Fue hasta 1879, cuando Tomás Alba Edison usó el foco eléctrico inaugurando una nueva época de alumbrado.

Por lo anterior, el hombre pudo extender sus actividades hasta altas horas de la noche, adaptando la iluminación a sus necesidades y múltiples ocupaciones. En la actualidad la iluminación de gas neón ha contribuido a la seguridad de las grandes ciudades y a apresurar las actividades humanas, durmiendo poco y con frecuencia menos de lo suficiente comprometiendo su salud

I.8 LAS EPIDEMIAS

Otro factor producto de enfermedad es, como lo refirió Luis Pasteur, y que sin duda lo demostró es que el mayor número de bacterias viven cerca del ser humano y esto como, resultado de sus funciones fisiológicas y sus ocupaciones que producen suciedad, la cual se acumula con gran rapidez por el hacinamiento, como las evacuaciones de pacientes con enfermedades intestinales, constituyendo una fuente de contagio y en muchos casos, causa de epidemias como es el caso del cólera.

Las ciudades, grandes o pequeñas, al mantenerse limpias crean desperdicios y basura que deben estar apartados de los lugares habitados. En la edad media, siendo muy precarias las medidas para la salud además de primitivas, con la extracción de agua generalmente de pozos dentro de la misma comunidad o debiendo transportarse por distancias y las letrinas siempre repletas tenían que tirarse a los basureros y los desperdicios a la calle, hicieron que las ciudades se infestaran de fauna nociva y las epidemias en el siglo XIV y XVII fueran frecuentes y cobraran gran número de vidas, donde las enfermedades gastrointestinales, la

tifoidea y la disentería fueron endémicas, por lo que las autoridades se percataron de ello creando medidas sanitarias más estrictas contra el crecimiento de las ciudades, con lo que la mortalidad declinó, quizá por la preocupación de elevar el nivel de vida.⁶

Sin duda uno de los inventos que viene a beneficiar al ser humano en el desecho de sus excretas es el excusado con flujo de agua, inventado por el Ingles Sir John Harrington en el siglo XVIII y que no se pudo aplicar a gran escala antes del siglo XIX, porque las grandes ciudades construyen sus nuevas presas de agua y sus drenajes cerca de ellas, invento que trae beneficios al movimiento de la salud publica, pero que sin embargo, su uso, no ha llegado a ser general, como lo es aún en nuestros días en muchas poblaciones de nuestro país o de nuestro Estado, siendo un problema de salud pública por la creación de zonas endémicas o de origen para las epidemias de enfermedades infecto-contagiosas. Además, dado que el alojamiento es un problema de las grandes ciudades, como se menciona antes, las dificultades aumentan cuando los grupos humanos se agrupan en las grandes ciudades, sobre todo sin orden o con asentamientos irregulares, sin respeto a los límites de expansión y aunándose al problema, el desarrollo de la industria, cuya población crece alrededor de las empresas instaladas con condiciones deplorables de medidas sanitarias, edificando con el desarrollo de las grandes ciudades “el florecimiento y riqueza industrial” pero con una gran “fuente de mala salud”.

Durante la evolución de la habitación lo que inicialmente fue para proteger la salud (en la construcción de ellas), fue causa principal de enfermedades y sin duda es momento para reflexionar, ya que debe de reestructurarse por completo. Indudablemente uno de los edificios creados para la salud pasa la misma

⁶ E. Sigerist, Henry, *Civilización y la Enfermedad*, Ed. Fondo de cultura Económica, 1ª. Edición México 1987 Capitulo I. Pág. 51: “el coeficiente de mortalidad en Londres era de 42 por cada 1000 habitantes, en el período comprendido entre 1681 – 1690; bajo a 35 en el siglo XVIII, a 25 en 1846 – 1855 y ahora apenas si llega a 12. la salubridad, la construcción de nuevas presas y los sistemas de drenaje desempeñaron un papel importante en la baja de la mortalidad en las ciudades”

transición, ya que en la antigüedad el "Xenodochium" que era la casa de huéspedes, alojando a los indigentes, al forastero y que más tarde se convirtió en hospital, porque acudían los enfermos pobres donde recibían asistencia médica gratuita, con una imagen de muerte y desolación, pero que con el devenir del conocimiento médico, pasa a convertirse en el centro de las actividades médicas, buscado no sólo por pobres sino concurrido también por los ricos.

I.9 CENTROS HOSPITALARIOS.

El hospital, en la actualidad, ha perdido la lobreguez de su precursor, en donde cada objeto o fómite, recordaba la muerte inminente, aunque sigue siendo un lugar de sufrimiento y enfermedad, indudablemente, también es un lugar de esperanza y de ilusiones.

La salud y la enfermedad han sido el equilibrio del actuar del hombre, desde su posicionamiento en la tierra. Aunque se han analizado algunos factores que generan la enfermedad, como es obvio esta es multifactorial y la lucha por vencer la enfermedad ha sido, quizás por varios millones de años, que sin duda analizando esos factores por la ciencia el logro de haber conseguido es mejorar la calidad de vida, ya que como dijo uno de mis maestros de medicina, el Dr. Calderón Jaimes, Infectólogo: "En la lucha por conseguir la salud, venciendo los escollos, artificios y justificaciones que crean la enfermedad, sin duda los gérmenes nos ganarán la lucha, si no sabemos administrar las herramientas para vencerla, y uno de ellos son los escasos antibióticos que hemos creado para atenuarlos, de los cuales abusamos y que sin duda, debemos de entender que no los extinguimos porque no hemos evolucionado al nivel de ellos los subestimamos, porque nos creemos la raza suprema, esa miopía nos está destruyendo en medio de esa supuesta grandeza".

I.10 LA SALUD Y EL TRABAJO.

El trabajo en nuestra sociedad, considerado como una maldición, lejos de ello, es un factor poderoso en la salud, ya que equilibra la vida diaria y determina su ritmo, más si partimos de un axioma médico que reza: "músculo que no se usa se atrofia" y concluimos que el cerebro se deteriora, los desocupados enferman más frecuentemente no solo por su bajo nivel de vida, sino por la ociosidad forzada, creando un desequilibrio biológico, psicológico y social.

También el trabajo con exceso es perjudicial cuantitativa y cualitativamente, ya que el trabajo en exceso no compensa en forma debida el descanso y el recreo, cansando al organismo y a la mente abatiendo la resistencia natural del hombre.

Por otro lado hay varias ocupaciones que generan riesgo de enfermedad, ya que mucho de los trabajos se desarrolla en medios desfavorables. Desde la antigüedad tenemos muchos ejemplos, como el albañil que esta expuesto al medio por trabajar sin ropas, comer alimentos mezclados con tierra; el herrero trabajando en la fragua, perdiendo líquidos corporales o sufriendo quemaduras; pudiendo mencionar infinidad de ocupaciones con riesgo mínimo o máximo (mineros, trabajadores del azufre, plomo, cobre, los gladiadores que divertían a la gente, entre muchas ocupaciones), siempre rondando al ser humano la enfermedad. Sin duda las condiciones y los peligros de la salud en la industria y de varios oficios y profesiones, antes y después de la revolución industrial, han sido descritas por muchos autores, incluso médicos de la época del siglo XVII, de los llamados "iatomecánicos", describen a la medicina como un arte mecánico, ya que comparaban a los órganos del ser humano con herramientas y máquinas que el obrero usaba. Un autor de la época, Bernardino Ramazzini en 1700, fundador de la medicina industrial, examina y describe las condiciones de trabajo y los riesgos profesionales de mas de cuarenta oficios, con estudió particular de ellas, su prevención y tratamiento, además añadió las enfermedades de los intelectuales, dentro de las artes y oficios, refiriendo que la mala salud de muchos

trabajadores no era tanto por la ocupación, sino por las condiciones de vida y del trabajo, la mala ventilación de los talleres, los malos alojamientos, la suciedad, la falta de ejercicio de muchas ocupaciones y a la intemperancia.

Debo mencionar que al principio de la revolución industrial, se afectó la salud de la gente ya que, las industrias, ofrecían a gran número de inexpertos empleo, incluyendo a mujeres y niños. Aunando que las ciudades se ven concurridas por la inmigración, en búsqueda de empleo, propiciando el "amontonamiento" de seres humanos en los suburbios de las grandes ciudades, creando condiciones higiénicas verdaderamente deplorables, con crisis económicas que se creaban, fruto del crecimiento, enriquecía a la sociedad con grandes masas llenas de pobreza, con bajo nivel de vida y de indigencia, ya que la gente económicamente activa dependía de la caridad pública para subsistir, y por ende, la delincuencia veía su mejor oportunidad para su desarrollo. Y por si fuera poco, la situación efervecía con tanta intolerancia que se inician las agitaciones, creando a la clase trabajadora un riesgo para la salud social de la época (y de todas las épocas)⁷

No podemos ser pesimistas, ante la situación actual en la mayoría de los países, la industrialización crea productos en grandes cantidades, aún la agricultura se encuentra más tecnificada y mecanizada. Esto puede gustarnos o no, el hecho es que la edad posmoderna seguirá desarrollándose, porque ha elevado el nivel de vida considerablemente y ha contribuido al bienestar y salud de todos; sin embargo, el trabajo industrial crea condiciones de riesgo para la salud del obrero, ya que permanece en contacto constante de fuerzas mecánicas y químicas muy potentes, por otro lado la monotonía en el trabajo, creado por la alta división del mismo, haciendo que poco participe en labores creativas. El trabajo del obrero en

⁷ Esta situación debe de ponernos a meditar en la actualidad, creando mejores condiciones para no tener movimientos sociales de inconformidad y de aumento de la delincuencia, por lo que deben mejorarse las condiciones de la situación actual, con la creación de empleo, habitación y esparcimiento entre otros.

Es momento de reflexiones para que se admitan errores, en la creación y remodelación social, admitiendo los riesgos del empleo en grado considerable, que aunque los males no se pueden evitar, produciendo dolor y descontento, sin embargo, pueden disminuirse o eliminarse en pocas ocasiones los agentes perjudiciales, ya que se debe de dejar la apatía o dejadez, mediante la observación y discusión para encontrar medidas correctivas, cuándo el momento se encuentre, siempre con perseverancia y decisión.

la industria crea la riqueza de las naciones, por ello las naciones lo único que hacen es disminuir el riesgo más no su desaparición (lo que es entendible)

Aunque la sanidad en el trabajo requiere de investigación científica, implantación de normas y leyes que se cumplan, ante lo anterior, los dueños y/o patrones de las fábricas, son los responsables de las acciones y medidas para prevenir o atender sin demora, los accidentes y enfermedades que se presenten en la industria,⁸

Muchas profesiones son necesarias para el desarrollo de las sociedades, sin embargo son perjudiciales para la salud, aún cuando se realicen en las mejores condiciones de higiene industrial posible, ya que todas las medidas que son usadas no son completamente adecuadas para la salud del trabajador, disminuyendo o contrarrestando los efectos (vacaciones, disminución de horas laborales etc.) por lo que necesitan asistencia médica, (si se reparan las máquinas de manera regular, ya que el mantenimiento preventivo es menos costoso. Este mismo principio debería de llevarse a cabo en el humano con desarrollo científico de la medicina preventiva, con exámenes físicos periódicos, facilitando el tratamiento de pequeños padecimientos, antes de que éstos se conviertan en enfermedades graves.

Debemos estar conscientes de que, con la industrialización, ha cambiado la estructura social del mundo, ya que anteriormente se encontraba organizada por productores independientes, encontrándose en la actualidad constituida por asalariados, que dependen de su trabajo para vivir y la inseguridad de la producción influye en el nivel de vida afectando profundamente su salud y su frontera tan delgada para contraer la enfermedad.

⁸ Se introdujo por primera vez en Alemania en 1897, como parte del seguro social se aprobó la indemnización, dentro de la primera ley inglesa y en 1906 en su revisión, incluye 31 enfermedades profesionales. En los EE.UU. a pesar de su gran industrialización, fue uno de los últimos países en introducir la indemnización por accidentes de trabajo, las leyes de riesgo en el trabajo se promulgaron a partir de 1900, leyes que se conservan a la fecha, sin embargo hay estaos de la unión Americana que no indemnizan enfermedades profesionales.

Uno de los factores en que se debe hacer conciencia a los industriales o dueños de industrias de riesgo, es que si se puede reducir el índice de mortalidad, no solo se ahorra vidas humanas sino que los días enfermedad disminuyen, constituyendo un ahorro económico y aumentando la riqueza del mundo, solo mejorando las condiciones higiénicas. Y si la pérdida económica por enfermedad, esto es, el costo por atención médica, aumenta las pérdidas, añadir salarios y costos de medicinas, se calculan solo en los EE.UU. una pérdida económica aproximada de 10,000 millones de dólares al año.

I.11 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD.

Los problemas de salud no son estáticos, por lo que deben tomarse en cuenta los cambios que con el tiempo se producen en ellos, así como las transformaciones derivadas de los cambios socioeconómicos, del ambiente y del sistema de salud. Algunos problemas de salud, no sólo por su connotación biológica o epidemiológica sino desde su enfoque de planeación y administración de servicios, pueden estar declinando rápidamente, mientras que otros pueden ir en aumento o, en el mejor de los casos, mantenerse estáticos durante cierto número de años. Un examen de las tendencias del pasado por lo general mostrará si el problema está aumentando o disminuyendo y entonces, con frecuencia, es posible prevenir las tendencias futuras. Las tendencias deben tomarse en consideración para el establecimiento de prioridades. A los problemas de salud que parecen estar aumentando, debe dárseles una mayor prioridad que aquellos que están estáticos o disminuyendo.

El hombre como miembro de un grupo social, con derechos y obligaciones, vive en una sociedad especializada, de tal modo que no desperdicia ni inteligencia, habilidades o fuerza, aunque hay empleos que no necesitan lo anterior, sin embargo, muchas otras sociedades no se harían o desempeñarían como un equilibrio para llegar una vida saludable.

Si partimos de que el hombre forma una sociedad cooperativa ideal, éste ocuparía una posición para lo que se encuentre mayormente capacitado, o sea, en lo que contribuyera al bienestar de la población en general, de la cual recibiría lo indispensable para satisfacer sus necesidades; aunque utópico éste pensamiento en nuestros días, por que el nivel político, educativo y económico de abundancia que no se ha alcanzado, quizás el cambio de una sociedad competitiva cruda, pueda transformarse en una cooperativa.

Por otro lado en la sociedad actual, cuando el ser humano se enferma deja de ser útil a la sociedad, pudiendo ser una carga para la misma, y en una sociedad cooperativa se buscaría un equilibrio además de contar con empleo aun para los discapacitados.

Una de las metas de la medicina no solo es curativa (curar enfermedades), sino conservar al hombre en un equilibrio con su medio, como un miembro útil o si ha enfermado, rehabilitarlo e integrarlo lo mas pronto posible a sus actividades cotidianas, y de concepto de capital humano (ejemplo de esto es la cirugía de mínima invasión o cirugía laparoscópica que ha disminuido importantemente la estancia hospitalaria, días de incapacidad, que aunque aun costosa, cuando se socialice en sus costos serán los más bajos y propondrá mejores elecciones terapéuticas), por eso considero a la medicina una ciencia social mas que otra cosa.

La salud y la enfermedad han cambiado a través del curso de la historia, desde que un individuo enfermaba, era abandonado por la imposibilidad de efectuar su trabajo o tareas asignadas, dejándolo a su suerte muriendo socialmente primero y después llegando a la muerte física. Muchas sociedades antiguas no buscaban la causa de la enfermedad, pero con los avances del grado de civilización, conlleva de la mano el deseo vehemente de encontrar la causa de la enfermedad.

La cultura Griega consideraba a la salud como el mayor bien y, el estar enfermo, era estar cobijado con una maldición. El hombre ideal era armonioso, con un buen equilibrio entre el cuerpo y el alma, o sea, entre lo noble y lo hermoso, apartándolo la enfermedad de la perfección considerándolo inferior, por lo que el enfermo en la sociedad griega era odiado y relegado no por un supuesto pecado, sino por su inferioridad.

1.12 DOMINIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA

La medicina se transformó de una simple ocupación a una profesión, al restringir el título de "doctor" para quienes tenían una educación médica profunda y al reservarse ciertas prerrogativas, tales como la formulación médica y la determinación de sus honorarios. La educación avanzada y la destreza distinguieron al profesional del lego y legitimaron los reclamos profesionales por ciertos privilegios. Generalmente, los miembros de una profesión determinan quién puede practicarla. En el caso de la medicina, existe una cantidad de obstáculos que todo aspirante a médico debe superar: la admisión a una escuela médica, al grado como doctor en medicina, la clasificación aprobatoria en un examen, la certificación de los colegios de profesionistas y demás. En cada uno de estos casos, otros médicos deciden quién triunfa y quién no; hasta los exámenes los preparan médicos. Además, el desempeño clínico de un médico puede, en principio, juzgarlo únicamente otro médico, puesto que se considera a los observadores externos como no calificados para evaluar las decisiones médicas.

Una característica importante que distingue a los profesionales es la autonomía con que cuentan. Todos los profesionales tienen cierto grado de libertad: comparemos la libertad de los abogados o de los arquitectos para organizar su propia oficina, escoger sus clientes y establecer las normas para su trabajo, con las restricciones de tiempo de los obreros y con la incapacidad de desviarse de una tarea señalada. Por supuesto que algunas personas que no son profesionales disfrutaban también de cierta autonomía en su trabajo: los propietarios de pequeños negocios, las amas de casa y las personas que trabajan de forma independiente a

menudo laboran con poca o ninguna supervisión por parte de otras personas. Pero los médicos disfrutan del prestigio y de las recompensas financieras que acompañan el hecho de ser considerados como figuras más importantes en un campo cada vez más complejo y técnico.

Una medida para el dominio de los médicos en el sistema del cuidado de la salud es que sólo los médicos tienen la autoridad para diagnosticar la enfermedad, para prescribir o evaluar el tratamiento y para transmitir información a los pacientes. Es posible que aun enfermo que sufre de una enfermedad seria no se le informe completamente de qué sufre, frecuentemente bajo el pretexto de que a ellos les falta experiencia para entender la información médica, o de que pueden molestarse al malinterpretarla. Como resultado de esto, a menudo se obliga a las personas gravemente enfermas a regresar a una dependencia infantil frente a sus médicos. En años recientes, algunos pacientes han rechazado esta posición afirmando que tienen el derecho de saber acerca de su estado de salud y de participar en los cuidados médicos propios.

La posición preeminente de los médicos también implica una cierta relación con los otros trabajadores de la salud. Los médicos existen en lo que el sociólogo Eliot Freidson ha denominado un estado de autonomía organizada: la suya es la profesión dominante en el campo de la salud y la apoyan una cantidad de profesionales (enfermeras, terapistas físicas, farmacéutas y demás). Los clínicos en estos campos "menores", puesto que se limitan con frecuencia a obedecer órdenes del médico, pueden llegar a estar alineados de su trabajo, como los obreros de las fábricas y otros que tienen poca autonomía. Por ejemplo, es probable que los problemas del estado de ánimo sean tan importantes como los bajos salarios en la actual escasez de enfermeras. Como ha escrito Freidson: "El trabajador para-profesional está, entonces, como el trabajador industrial, subordinado a la autoridad de otros... al conocimiento supuestamente superior y al juicio de expertos profesionales".

CAPITULO II LA NECESIDAD DE LA SALUD

II.1 LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

La definición de necesidad se da en función de como la ve el cliente, el recurso humano generador del servicio o ambos, sobre la base de la demanda del servicio médico y por tanto, ésta definición estará de acuerdo a los fenómenos que regulan los servicios de atención médica. Estos fenómenos son más amplios que las enfermedades, ya que incluyen situaciones que ameritan fomento y prevención a la salud.

Aunque la necesidad se define ante la designación de una situación, que amerita o requiere servicio como:

- I. Estados de salud o enfermedad,
- II. La utilización de los servicios, y
- III. Los niveles de suministro de insumos.

Es por esto que debemos definir la necesidad en aquellos estados del cliente, cuando crean una demanda del servicio o de un determinado conjunto de servicios, que por su capacidad satisfacen la necesidad o bien por los recursos que se requieren para producir un conjunto de prestaciones, pero además, cuando un conjunto dado de recursos que tienen como equivalente los servicios que puede generar y las necesidades que se pueden satisfacer.

Pensar en un esquema que evalúe las necesidades, que reúna todos los elementos y que sirva para discernir la necesidad no satisfecha, deberá ser una función entre el proceso de atención y el concepto de equivalentes de la necesidad.

Conjugando los fenómenos que miden la necesidad y la oferta propuesta, conjuntados con la categoría de servicio o demanda análoga equivalente, donde por un lado representamos la perspectiva que tiene el cliente de la necesidad y sus equivalentes y por el otro, la perspectiva profesional, la interacción de ambas y los recursos que resultan de esa interacción, donde la utilización real de los servicios (demanda efectiva) es una de las resultantes, la cual está determinada por los recursos con que cuenta la institución, así como por la medida en que se emplean los recursos en la producción del servicio.

El cliente hace su propia estimación de su salud, ante la necesidad de atención médica, apreciándose un factor determinante en la demanda del servicio que quizá el administrador de la salud quiere evaluar o satisfacer. También el cliente exige, al expresar su necesidad de servicio en términos de recursos, por lo que nos debemos someter al análisis crítico desde el punto de vista del cliente, como análogo sobre las estimaciones que también hacen de los profesionales.

El existir incongruencia entre las partes (participantes del modelo del servicio a la salud), puede llevar a considerar que existe un deterioro en la atención, tanto en la percepción por parte del cliente como por parte del profesional o de ambos.

La calidad en la atención médica, implica el análisis de su proceso, o sea de la necesidad y la posibilidad de satisfacerla, siendo un juicio evaluador sobre los modelos en la generación del servicio cualesquiera de ellos porque los problemas de salud no prevenidos, no solo se deben a deficiencias cuantitativas sino que también, a una mala o inadecuada atención, aunque los recursos sean adecuados en cantidad pero sin existir calidad en los mismos, y esta puede ser juzgada, tanto por los clientes como por el recurso humano que genera el servicio.

Con lo anterior, cabe plantearnos la pregunta: ¿Cuáles son los motivos de la evaluación de la necesidad? Proceso definido en términos de salud y enfermedad, es en primer lugar, el resultado producto del servicio de atención médica, y ello

nos ayuda como indicador ante el éxito o fracaso del sistema de atención en nuestro país (eficiencia en calidad como en cantidad), la cual se ve influenciada por una serie de factores sociales, biológicos y físicos, y en segundo, como planteamiento de prioridades de acción, dado los niveles específicos de enfermedad de nuestra población; y en tercer lugar, para estimar las necesidades y poderlas traducir en unidades equivalentes de servicios y recursos, para satisfacer los diversos tipos de necesidad que presenta la población del país.

Cabe hacer la aclaración de que un importante concepto del complejo "Necesidad-Tiempo-Enfermedad" es el hecho de que, la presencia del proceso nosológico se vuelve más evidente y a medida que avanza, a pesar del desarrollo tecnológico y pruebas sensibles especiales para efectuar el diagnóstico, es posible que el recurso humano que genera el servicio para la salud no pueda detectar una enfermedad cuando se encuentre en pródromos, creándose no-satisfacción del cliente al inicio de su enfermedad, ya que en una fase más avanzada de su padecimiento muestra signos clásicos de la misma, dejando ésta de estar oculta adquiriendo (la enfermedad) importancia para el individuo y el entorno que lo rodea, creándole incapacidad y limitaciones ante sus obligaciones sociales (trabajo, familia), siendo sus actividades básicas e incluso en última instancia llevarlo a la muerte.

II. 2 LA SALUD.

Para hacer un concepto integral de salud debemos tomar la perspectiva del médico y del paciente, incluyendo escalas que abarquen desde las fases tempranas hasta las últimas de la enfermedad, siendo un concepto que parte de las medidas de la morbilidad, haciendo que el concepto difiera del de "ausencia de enfermedad" en dos sentidos:

El hambre es fruto de las enfermedades, pero sin duda el comer demasiado también perjudica la salud, ya que la gente muere tanto por carencia del alimento que por exceso en la ingesta, aunque a partir del siglo pasado los hábitos alimentarios han cambiado (después de la guerra de 1914 – 1918), ya que antes las comidas opulentas se componía de siete platillos, entremeses, tres entradas, dos guisos y postre, siendo famosas por la esplendidez en muchos monasterios, o las cortes de los nobles, siendo atributo del rico, mientras que los campesinos y artesanos tomaban bodas y velorios para comer hasta hartarse o no comer en días.

Hoy en día se sabe que una dieta debe ser nutritiva y equilibrada para que no se produzca enfermedad, sin embargo en el mundo existe una gran cantidad de desnutridos a causa de factores sociales, educacionales y económicos

I.5 EL VESTIDO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

Considerando la diferencia de climas que hay en los trópicos, donde el ser humano puede vivir casi desnudo y su vestido no es de protección al medio ambiente, en comparación con regiones que se acercan a los casquetes polares, donde los cuerpos deben de ser cubiertos como medida de protección con el objeto de evitar la pérdida de calor corporal y en zonas más templadas existe una variedad amplia de vestidos. En la historia del vestido podemos encontrar muchos usos y costumbres del mismo, lo que inicialmente fue seguridad y protección, hoy en día crea otras finalidades como por ejemplo estímulo sexual (en el reino animal, la naturaleza hace mas atractivo al macho para la hembra, como por ejemplo: el gallo presenta cresta y hermoso plumaje, el león una melena entre otros), pero sin embargo en el hombre el vestido crea un distingo social o en otras un significado mágico y el hombre crea por ello adornos en su cuerpo con objetos, collares, tatuajes, anillos, brazaletes, ornamentos y ropas vistosas, vestimenta para protegerse de los malos espíritus o del mal de ojo. El vestido que se uso para proteger partes del cuerpo y para atraer al sexo opuesto, sin duda la historia del

vestido crea conocimientos apasionantes y controversiales durante las diferentes épocas del desarrollo humano en los diferentes estratos sociales. Y con la emancipación de la mujer y su infiltración a las diferentes actividades productivas, toma parte activa en el proceso de la producción, los deportes y en otras actividades del dominio exclusivo del hombre, abandonando la vestimenta tradicional adoptando

Cuando la mujer toma acto de presencia en las democracias del mundo (cuando reclama los mismos derechos civiles y políticos que el hombre) se inicia un cambio en su vestimenta, ya que lo que era tradicional o religioso, vuelve a la mujer virtualmente libre del yugo del hombre, y como ejemplo se puede mencionar cuando la mujer era obligada a ponerse vendas en sus extremidades o cuerpo deformándolas, como un atributo religioso o de la belleza tradicional, también era obligada a usar calzado mas pequeño de lo que requería su complexión o desarrollo creándose igualmente deformidad, otro de los atributos del calzado era el tacón, para verse mas altos y donde el peso del que lo usaba, recaía en un fragmento del pie (antepié) creando deformidades que incluso causaban invalidez, pero que por el signo de grandeza y de elegancia, al parecer “valía la pena” en la época. Aunque en la actualidad se ha abandonado el uso de tacones exagerados, esto ha creado las mencionadas y otras enfermedades de los pies y de la columna vertebral. Otro ejemplo tenemos es uso de corsé o vendajes en tórax y abdomen haciendo resaltar “las curvas” en la mujer, sin embargo se fomentaron las hernias de la pared abdominal, por falta de uso de la resistencia y movimientos naturales de la pared abdominal e incluso, llegando a la asfixia por la dificultad de respirar, caracterizándose con desvanecimientos o vahídos, culminando con los desmayos (siglo XVIII)⁵

Una de las características del vestido es su peso, ya que las telas usadas eran muy pesadas, y era difícil mantenerlas limpias y por ende la ropa sucia es un campo fértil de piojos u otra simiasis, que son portadores de enfermedades, tales

⁵ Ibidem Pág. 38

como el tifo y la fiebre recurrente, bien pareciera que el uso de ropa entre mas ligera mas limpios, sin embargo en la antigüedad la ropa ligera hacia ver más los atributos anatómicos de las mujeres e incluso de la belleza varonil, sin embargo el uso del agua no era tanto de tipo higiénico sino un cuanto estético por limpiar las zonas que mostraba. O podemos explicar y comprender que el uso de la ropa siempre fue con motivo de adorno y nunca fue con motivo de higiene o limpieza ya que cubría la mugre. Y de ello tenemos muchos ejemplos en el mundo, como África, Francia, Alemania, entre muchos países del viejo mundo.

En el siglo XVI, el apareamiento de las mallas medievales, parientes cercanas de las medias actuales, eran sostenidas por ligas que se suspendían en la cadera o pierna, tan apretadas que obliteraban las venas causando insuficiencia valvular de las mismas, dando como resultado las várices en personas que se presentaban esa tendencia.

I.6 LA INSALUBRIDAD

En el siglo XIX – XX, la limpieza se convierte en un postulado, que tiene que vencer obstáculos importantes, por que las personas argumentaban que el jabón creaba daño a la piel y más serias, eran las prohibiciones de la iglesia, ya que consideraba al recato como un atributo de libertad de pecado y desnudarse era considerado como un pecado, aun en el cuarto de baño donde hoy día, hay escuelas y conventos en que se bañan con camisón o ropa especial. Otro ejemplo de ello tenemos en África, donde el pantalón se ha hecho un símbolo del cristianismo tanto como la cruz, al ponerle a los nativos ese tipo de indumentaria por un falso concepto del pudor, sin embargo es la ropa, su principal finalidad como adorno que, además, sirve para esconder defectos físicos o para acentuar la belleza sexual, teniendo en nuestra época una función de higiene y de protección de las inclemencias del medio ambiente (frío lluvia y la insolación), pero olvidándose desde la antigüedad que debe ser hecha de tal manera que no impida las funciones fisiológicas y que debe fabricarse con materiales que sean

adecuados para los climas donde se desarrollan los seres vivos, conductores de calor en invierno y en verano con adecuada porosidad para mejorar la ventilación.

Uno de los atributos no descritos de la ropa, la podemos mencionar como identificación, ya que a los leprosos de la antigüedad se le vestía de forma especial para su identificación, o como el diseño de una mascarilla con bata en 1348-1349, para proteger a los médicos de la peste negra del contagio y la gente sana, al verlos vestidos de tal manera los evitaban previniendo el contagio.

Un ejemplo claro del uso de trajes especiales son los cirujanos en quirófano, el cual trabaja ataviado con ese traje especial creado especialmente para asepsia, batas impermeables, guantes de caucho, gorro y máscara que cubre boca y fosas nasales evitando que los gérmenes lleguen al paciente, indumentaria que identifica a los galenos del resto de la población como “los hombres de blanco” en la antigüedad.

1.7 LA HABITACIÓN.

Hablando de la habitación, ésta ha evolucionado para proteger al hombre de todas las inclemencias del medio ambiente, ya que el hombre primitivo busco abrigo en las cuevas, protegiéndose de la intemperie y de sus enemigos, y al descubrir el fuego su desarrollo en la civilización ha avanzado, desde los abrigos naturales hasta la fabricación de habitaciones con elementos de su entorno. Sin embargo, al crear sus viviendas en los centros de agua (palafitos), lo que primero fue protección, se volvió centro de insalubridad por los desechos que son arrojados al agua, siendo origen de múltiples enfermedades, ya que éste tipo de habitaciones en la actualidad son utilizadas por los pobres de diversas partes del mundo.

Durante siglos, la choza ha sido y sigue siendo abrigo de millones de pobres que difícilmente se diferencian de la edad de piedra.

1. Las áreas sujetas a la evolución se amplían más allá de las funciones físicas y fisiológicas para incluir aspectos sociales, culturales y mentales o psicológicos del desempeño del individuo.
2. Se han postulado algunos criterios del funcionamiento adecuado que pueden ser aplicables a uno o más aspectos.

Criterios:

Primero: La noción de salud incluye el orden descendente, las sensaciones subjetivas de satisfacción, bienestar, vigor y felicidad.

Segundo: Se han demostrado adaptaciones funcionales a las circunstancias externas, además de auto evaluación, en las que se observa el equilibrio, la armonía y los ajustes.

Tercero: Existiendo la capacidad de realizar nuevos ajustes si las circunstancias cambian; siendo llamada ésta circunstancia adaptabilidad, ajuste, crecimiento y tal vez longevidad.

Éstas determinantes parecen ser muy subjetivas y sin duda son muy realistas ya que varían de su rigidez dependiendo de las exigencias que se le plantean a la persona en cuestión, ya que la salud es diferente para una secretaria o para un astronauta ya que los criterios de salud pueden ser más o menos restringidos en relación con la mera ausencia de enfermedad. Un individuo que se siente bien y que puede desarrollar lo que la sociedad le exige y él mismo puede considerarse sano, aunque sufra alguna enfermedad o incapacidad importante.

Por otro lado, un individuo que no tiene señal de enfermedad física y, sin embargo, se crea enfermo porque no se siente bien o porque no puede conservar su empleo; si consideramos lo anterior, en sentido estricto, la esencia puede ser "la adaptación".

Pero aunque se halla establecido el criterio de armonía o estado de equilibrio, es necesario valorar lo precario del estado tanto en el tiempo como frente a nuevas situaciones; sin embargo, el adaptarse a cambios o presiones, los conceptos de salud y de ausencia de enfermedad se aproximan entre sí, para llegar a lo que casi todas las definiciones de salud afirman: la salud es más que la ausencia de enfermedad.

En los párrafos siguientes escribo algunas definiciones de la salud, incluyendo la que todos los médicos memorizamos, citadas en el libro de "los Espacios de la salud"⁹, ya que es el concepto que obligadamente dentro de nuestro aprendizaje es suministrado por la literatura, por nuestros profesores e indican que el concepto de salud difiere de la ausencia de enfermedad en los sentidos descritos anteriormente:

"La salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" (Organización Mundial de la Salud)

"Se considera sano a un individuo bien integrado tanto en su estructura física como en sus funciones fisiológicas y psicológicas, éste proceso adapta al individuo tanto al medio físico como social."

"La salud positiva es un sentido pleno de vigor físico y bienestar mental en el que se mantiene una relación constructiva y completa con los demás en un medio ambiente que promueve la longevidad y la felicidad"

"El término salud cuando se refiere al individuo, debe abarcar el concepto de equilibrio y de adaptabilidad, además de aquellos de bienestar físico e integridad .

⁹ DONABEDIAN, Avedis. "Los Espacios de la salud: aspectos Fundamentales de la organización de la atención médica". Editorial: Fondo de Cultura Económica, 1ª. Edición en español. México, 1988.

estructural, éstos a su vez reflejan la actividad coordinada de las partes que lo componen funcionando dentro de sus límites normales.”

“La salud puede definirse como el estado de máxima capacidad de un individuo para cumplir eficazmente con el papel y las funciones para las que ha socializado. Se define así una relación con la participación del individuo social, también como algo relativo a su estatus dentro de la sociedad.”

“El término normal o saludable puede definirse de dos formas, primero desde el punto de vista del funcionamiento de la sociedad, puede considerarse que una persona es normal y saludable si es capaz de cumplir con el papel social que le corresponde en esa sociedad en particular – si hace posible su participación en la tarea de reproducirla. En segundo lugar (como alternativa) desde el punto de vista del individuo, la salud y la normalidad equivaldrían a lo óptimo del crecimiento y felicidad de dicho individuo”

Como podemos ver, el concepto de salud ha evolucionado de acuerdo a los factores que modifican la calidad de vida, en determinados “ciclos de vida” que llevan los seres vivos en los actuales núcleos sociales que integran el mundo y que, sin duda, crean y buscan cada vez mejores condiciones de vida y quizás en un futuro la inmortalidad (un mundo libre de enfermedades y con la fuente de la eterna juventud) que es la meta ansiada, además del sueño ansiado y que se ha dejado ver en forma muy incipiente con la erradicación algunas enfermedades que lo han aquejado y asolado, desde que apareció en ésta partícula del universo que es el planeta tierra.

II .3 LA NECESIDAD DEL SERVICIO MEDICO.

El sistema de salud era destinado a satisfacer una necesidad, definir lo que puede medir ésta necesidad o juzgarla hasta que grado ha sido satisfecha o neutralizada.

Estas son las principales preocupaciones de los administradores de los servicios médicos.

A fin de establecer o estudiar los fenómenos que atañen al proceso de la atención médica y su entorno, es importante abstraer un conjunto de interacciones más o menos íntimas, en las que entran en juego los profesionales que generan el servicio a la salud y los que lo demandan.

Éste proceso de la atención médica, esta rodeado a su vez, de una serie de influencias que constituyen su entorno y son, incluyendo los servicios, la calidad de la atención y la neutralización de la necesidad, que se derivan del comportamiento de quienes participan en el proceso, así como de la influencia de los factores circunstanciales de ese comportamiento.

El proceso se concibe principalmente de dos cadenas de actividades y sucesos, en la que participan, en forma paralela pero no inconexa, el otorgante de la atención médica (médico) por una parte y su cliente por la otra. Las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad, que generalmente se percibe como una alteración de las esferas biológica, psicológica y social del cliente; en algunos casos el profesional de la salud es el primero en detectarla y ello desencadena el proceso que lleva a la atención médica, sin embargo, lo más frecuente es que el cliente sea quien detecte la necesidad, procure la atención y haga lo necesario para conseguirla, sometiéndose a una serie de procesos, adoptando comportamientos que todos consideramos "normales" cuando nos consideramos enfermos.

La búsqueda del tratamiento nos lleva a establecer un contacto estrecho con el primer profesional de la salud y, en la mayoría de los casos, éste camino no es llano al encontrarse lleno de influencias, como las de los mismos familiares y amigos, donde es posible que se realicen diversos intentos de automedicación o tratamientos que están fuera de la práctica de la medicina ortodoxa. Sin embargo, suponiendo que el paciente tiene contacto con el médico, éste establece una serie de actividades en primer lugar de investigación, evaluación y deducción, que constituyen el proceso de diagnóstico ya sea presuncional o definitivo. Cabe aclarar que este proceso es complejo y se formaliza de acuerdo al reconocimiento de la necesidad del cliente. La etapa que sigue es la elección de la terapia adecuada y su aplicación, esta debe ser realizada sin influencia del médico, con plena comprensión por parte del cliente de que es un juego de interacciones, donde los familiares, amigos y él mismo hagan un modelo simétrico en el tratamiento.

Los procesos de diagnóstico y terapia son el eje del modelo de atención, porque son básicamente componentes de las funciones que están controladas por el médico, ya que es de reconocerse que tanto en el diagnóstico como en la terapia, el médico y el paciente participan en interacciones íntimas regidas por normas profesionales y sociales importantes, además de que se decide en forma conjunta la terminación de la terapia, aunque en algunos casos ésta decisión puede provenir en forma independiente por parte del médico o del cliente. Sin embargo el comportamiento de ambos se puede medir o detectar fácilmente y es de enorme importancia para las organizaciones que se dedican a la atención a la salud.

Se puede evaluar primero, la utilización de los servicios y segundo, ciertos resultados que se manifiestan en términos de salud, bienestar o satisfacción del cliente. Sin embargo, el comportamiento del cliente y del generador del servicio de atención médica, son ejes que convergen, ya que se podría decir que, en la utilización de los servicios que alivian la necesidad que desencadenó el proceso, tiene una propiedad circular, al comenzar por la necesidad y terminar con la

modificación de la misma, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola; sin embargo, también es posible que no se logre aliviar la necesidad, ya que si se aplica mal la terapia, la necesidad se haga mas intensa o bien que se genere otra nueva.

El proceso de atención médica no se da en el vacío sino en el contexto, siendo dentro de un entorno demasiado complejo, que hace que el administrador de los servicios de salud lo clasifique en dos categorías: por un lado comprende estructuras y procesos que constituyen la organización de la misma atención médica, que lo influyen, como son los valores culturales y sociales que repercuten en la necesidad y en la percepción de la misma; por otro lado, según el comportamiento con el cliente o el derechohabiente, donde el generador del servicio responde a ello y quizás, si el administrador de los servicios de salud separa ciertos rasgos organizacionales de los factores sociales, esto le daría un mayor control sobre ellos, pudiéndolos manipular para modificar de manera deseable el proceso de atención médica y sus resultados.

Los comportamientos con que se responde a la necesidad y la interacción de los clientes con los generadores del servicio, constituyen la principal preocupación del campo de la sociología de la medicina.

La definición de la necesidad que se planteó en el proceso de atención médica, como la atención de la salud y bienestar, implica algo más complejo de ésta necesidad, y está claro que debe verse desde las dos perspectivas: la del cliente y la del generador, donde cada uno de ellos debe decidir por su cuenta, que tipo de necesidad porta y que atención debe recibir y, o necesita. De la congruencia entre estas dos evaluaciones, depende que se inicie el proceso de atención médica y sobre todo, que ésta opere con buenos resultados o, si es incongruente la decisión, el proceso perderá eficacia, lo que necesariamente requerirá un esfuerzo extra.

Cabe aclarar que el concepto que tiene el médico de la necesidad, es diferente a la que tiene el derechohabiente por muchos aspectos. El médico deriva el concepto de la forma en que define la salud y la enfermedad y de lo que le ofrece la tecnología para el tratamiento o la prevención, el médico se preocupa principalmente por la génesis de la enfermedad, la secuencia progresiva de los estadios de la misma, sus manifestaciones detectables y la manera en como las puede prevenir, entendiendo a la enfermedad en términos de cambios microscópicos o de gran magnitud en la estructura de las células o los tejidos, de cambio en la composición química de los fluidos y las células del cuerpo, así como de las relaciones que existe entre esos cambios, el comportamiento y las observaciones que en el paciente se presentan; éste proceso casi siempre resulta largo y costoso, llegando con frecuencia a la conclusión de que es un proceso somático, mental, emocional, una enfermedad psicosomática, una alteración funcional o quizá una simulación.

El médico al tener ésta incertidumbre, se inclina a diagnosticar una enfermedad creándola, porque teme que alguna enfermedad pase inadvertida, al diagnosticar una enfermedad inexistente.¹⁰ Y que desde la escuela de medicina nos inculcan como concepto de enfermedad funcional.¹¹ Este concepto es quizá vago tanto para estudiantes como para sus maestros según Bogen.

Es probable que la visión del cliente, que es quien tiene la necesidad, difiera de la del médico en muchos aspectos, ésta no tiene una visión científica de la enfermedad, sus causas, su evolución y mucho menos de su tratamiento; su visión está matizada de creencias populares y aunque se acepte la visión científica por principio, no conoce a la perfección las características de las enfermedades tal como se les conoce científicamente.

¹⁰ Los médicos nos guiamos, por la siguiente regla” Si se tienen dudas, hay que seguir pensando que existe una enfermedad”.

¹¹ Una definición de “Enfermedad funcional” basada en la tabulación de Bogen podría ser la siguiente: Las enfermedades funcionales son ideopáticas-psicogénicas, debida a causas múltiples y pueden ser simplemente variaciones normales, casi nunca orgánicas y generalmente inofensivas, aunque a veces pueden ser mortales.

Por otro lado, el derechohabiente tiene un horizonte temporal más limitado, haciendo hincapié en las manifestaciones en ese momento que en las últimas consecuencias. Esto hace que la visión tenga un notable contraste con la del médico, donde la enfermedad es un proceso que se desencadena inevitablemente y que si no se detecta a tiempo y se le trata, llega a un punto que pone en peligro su vida o un miembro de su economía. Por otro lado, en las enfermedades contagiosas, no mide las consecuencias sobre la vida de otras personas.

En el ISSSTE, el derechohabiente suele preocuparse más por el impacto que le produce la enfermedad, en término de molestias físicas y por la interferencia con sus actividades por el éxito que lo define socialmente, que por la salud en términos dimensionales, como lo concibe el médico, esto lleva a una congruencia parcial entre la definición de necesidad entre el médico y su cliente, variando entre la relación medico-cliente, hasta llegar a una incongruencia, máximo cuando el cliente pertenece a una cultura diferente o a un grupo marginado de la sociedad o cuando el médico tiene una visión completamente somática de la salud y la enfermedad.

Sin duda es poco lo que se conoce acerca de las relaciones cuantitativas entre las estimaciones de necesidad entre el médico y su cliente, en la práctica se estima la profesional como de mayor peso, es por eso que desde esta perspectiva destacan los siguientes fenómenos: en casi todas las poblaciones, sobre todo en las menos privilegiadas, existe una reserva de necesidades latentes, no reconocidas y no satisfechas; por otro lado, los enfermos refieren necesidades que el profesionista considera inapropiadas o excesivas, surgiendo el abuso de los servicios médicos por parte de los clientes y, por desgracia, no se ha dado atención al análisis de la idea de abuso, siendo probable que represente las necesidades que el sistema no quiere o no pueda satisfacer porque no fue diseñado para ello. Los clientes menos privilegiados tienen una visión de necesidad menos diferenciado y menos dividido en categorías, considerando al sistema de atención médica más poderoso de lo que en realidad es, aunque sin

embargo hay muchos clientes que tienen la visión de salud mayor que la de muchos profesionales.

Al analizar el abuso de los servicios, habrá que hacerlo desde las distintas perspectivas de todos los participantes en la atención médica, ya que el cliente puede favorecer el abuso con demandas excesivas, pero también el profesional de la salud puede favorecerlo al no responder a las demandas y necesidades legítimas del cliente o bien, prescribiendo una atención inadecuada o excesiva; indudablemente la congruencia existirá en la medida que los clientes aprendan más sobre el punto de vista del profesional, a través de la educación formal y de la experiencia personal de la atención médica, pero también en la medida en que el profesional amplíe sus puntos de vista, para abarcar las enfermedades no somáticas y sea más sensible a la interrelación de las necesidades sociales y las de salud.

II.4 ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA NECESIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Una persona por el hecho de estar enferma, tiene ciertos privilegios, como estar exento de responsabilidades laborales, familiares y sociales, pero también tiene obligaciones que quizás no se le hayan dicho o conozca. Por mínima que sea la atención de la necesidad relacionada con los servicios a la salud, esto incluye la obligación del cliente a la motivación de recuperarse para volver a "funcionar" social y laboralmente, buscar ayuda de médicos competentes desde el punto de vista técnico y confiar en su médico, siguiendo las indicaciones al pie de la letra. Sin embargo, se reconocen barreras psicológicas debido a la propia enfermedad careciendo de los conocimientos y madurez intelectual para seleccionar a un médico competente, siendo esto más aparente en el sector público, donde no tiene otra opción que el médico sea designado administrativamente, llegando con una mentalidad contraria y ciertas medidas de defensa, por el hecho de que le

descuentan una cuota por los servicios a la salud y creen comprar dignidades y la unidad hospitalaria con todo y todos incluidos. Sin embargo, los médicos tienen una

gran participación en la satisfacción o no del usuario, ya que primero no les gusta dar información amplia a los pacientes, por creer que con ello disminuye su poder y entonces recurrir a justificaciones como: "Esto consume mucho tiempo y con los 20 minutos que nos proporciona el indicador nacional, es nada menos que poco posible la comunicación con el paciente", pensando además que ello encarece los servicios profesionales, sin embargo, es evidente que los médicos dan mayor y mejor información a familiares y paciente de clases sociales altas.

Se sabe que por cada paciente con síntomas banales, desde el enfoque biomédico, hay decenas con los mismo síntomas y no solicitan un servicio médico, lo cual indica con claridad el contenido psicosocial de su problema, que se expresa por cierta incapacidad para implementar algo físico, mental, desorganización de sus actividades habituales o miedo sin definir su causa, además de que muchos enfermos no dicen la verdad por que no la saben, no puede expresarla o bien "necesita estar enfermo" (quiere incapacidad para ir a un evento social, ir de compras, pagar sus servicios, problemas jurídicos, ir a pagar una multa de tránsito, por mencionar algunas). El paciente manipula al médico ante su poca preparación ante estas presiones psicosociales, calificando a esta enfermedad como banal o al paciente como simulador, pensando que requiere de atención psiquiátrica y, sin duda, lo que requiere ese paciente es ser escuchado con interés (ya que expresan muchas veces los pacientes cuando se les dedica tiempo "Dr. Me siento mejor con haberlo visto o platicado con usted" de tan solo verle me voy curado", "usted si me comprende al escucharme entre un sin fin de frases).

Esto sin duda es difícil y se justifica, ya que el médico tiene que atender a varios pacientes en poco tiempo, pero sin duda hay simuladores (muy frecuentemente en el sector público aunque no faltan el sector privado), que aprovechan el sistema

para obtener ventajas personales indebidas (incapacidades, medicamentos controlados para él o para un familiar no derechohabiente o lo que es peor, tener medicamentos que nunca los va a utilizar o que los utiliza sin que le sean necesario, con el único fin de “desquitar los descuentos a los que es sujeto).

La importancia de la información se pone de manifiesto en muchas de las declaraciones de la Federación Internacional de Médicos. Informar expresamente al paciente sobre los fines terapéuticos, es una de las tareas del médico. Se basa en el reconocimiento del paciente como persona responsable de si misma y expresa un cambio de opinión en la relación médico-paciente, considerando a éste como un sujeto, como interlocutor válido. El fundamento de la obligación de informar, es la convicción de que el médico no puede realizar ningún procedimiento sin la libre autorización del paciente, pero ésta sólo puede darla el paciente si ha recibido del médico la necesaria información como ayuda a la toma de decisiones. Análisis realizados con base empírica, han demostrado que la información estimula la auto responsabilidad y la colaboración del paciente en el tratamiento.

Una limitación a la obligación de informar viene dada por la carga Psíquica que sufra el paciente, especialmente en las comunicaciones sobre un diagnóstico de enfermedad incurable, una confrontación con la verdad puede provocar problemas psíquicos, que resulten más graves que incumplir el derecho de elección. En tales situaciones, la información debe darse de modo sensible y teniendo en cuenta circunstancias psicofísicas y sociales del paciente.

II. 5 EL MÉDICO: PRINCIPAL PROTAGONISTA EN LA GENERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En los sistemas de atención médica la generación de los servicios de atención a la salud son de extrema complejidad, ya que el médico actúa en un complejo sistema social que sirve a los individuos y a la comunidad, teniendo un papel importante en la integración de la sociedad en su conjunto, compartiendo expectativas y valores

comunes acerca de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. Sin embargo, el quehacer médico que ha evolucionado hasta hoy es juzgado y analizado en un contexto social, político, económico, religioso y jurídico entre otros, donde debemos hacernos algunas preguntas para comprender la complejidad de los sistemas actuales de salud, que dan base a la generación de los servicios a la misma y que hoy se cuestionan.

El médico en la actualidad, como actor principal en la generación de los servicios, trabaja en instituciones públicas o privadas, sujeto a un sueldo, capacitación u honorarios por cuota o por acto quirúrgico, pero además hay médicos que mantienen su práctica tradicional, entendida ésta como el especialista y algunos médicos generales o familiares que reciben pacientes por su prestigio personal o habilidades para conservar sus clientes más o menos estables, dependiendo de variables como la posición socioeconómica, relaciones públicas, habilidad tecnológica y su personalidad, sin dejar de reconocer que la práctica privada tiene la tendencia a depender de las compañías de seguros, sujetos a "precios y cotizaciones" de la mercadotecnia de la salud, sin duda afectando importantemente los valores de la profesión médica.

Sin embargo sea cual fuere la generación de los servicios a la salud, los protagonistas de esta buscan lo mismo: un acceso a la salud con conductas de aspecto humano, aunado a la capacidad técnica, disponibilidad de los recursos para la generación de los servicios, con apoyo de otro tipo de personal y sobre todo con la comunicación clara, breve y adecuada al paciente y su familia (aunque en la actualidad la tendencia en la institución así como en la privada es a la medicina defensiva).

Concienciar a los generadores de los servicios a la salud que existen ellos, porque la sociedad los necesita, es por lo que el médico y sus servicios de apoyo tienen la obligación de reflexionar en la utilidad de sus acciones. Por otro lado, el paciente lo percibe así, sin embargo, él ya no acepta que su deber es ayudar al médico y

obedecerlo como lo era en la antigüedad y ahora sabe, que en efecto, el paciente busca la ayuda que el médico le debe dar y está seguro que el médico lo acepte como paciente, esperando interés, simpatía, respeto y sobre todo tolerancia, ya que la confianza es el resultado de la interacción personal (Cliente – Generador de servicios).

II.6 EL DIRECTIVO MEDICO Y EL PODER: INFLUENCIA SOBRE LA SALUD.

Aunque el poder crea duda y expectativas, estimula el análisis y obliga a precisar los valores, el estudio del poder como un fenómeno social tiene más o menos un siglo y ha ocupado el interés de muchos autores, dentro de los que destacan Max Weber¹² y Thorstein Veblen, cuando relacionan el poder con las clases altas (además de otros autores como Rousseau, Adams, Marx, Balzac, etc.). El poder y la atención médica son de suma importancia, ya que el médico administrador lo necesita para actuar. El poder desde la óptica de Weber expresa:

1. El poder es ejercido por personas y por tanto incluye selección entre opiniones, acción e intenciones.
2. Contiene el logro de los objetivos deseados.
3. Se ejerce sobre los individuos, los cuales pueden presentar resistencia.
4. Implica intereses entre quienes tienen el poder y los que no lo tienen.
5. Supone ventajas para quien lo ejerce y restricciones y depresiones para los demás.

Es por ello que creo que el poder nunca es absoluto en un sistema de salud, ya que en cada nivel jerárquico encontramos individuos o grupos que detentan cierto grado de poder; por lo que es frecuente que se establezcan alianzas o concesiones dentro de los grupos de individuos para tener más poder o contrarrestarlo.

¹² WEBER, Max, EN Acon, Raymond, Las Etapas del Pensamiento Sociológico, Tomo II, Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires 1970.

Cuando un hospital obtiene área, bienes o recursos humanos que lo fortalecen, las demás áreas lo identifican como un poder real, iniciándose una lucha para obtener recursos similares, lo que se le conoce como necesidades por competencia o necesidades por envidia, es por ello que el médico sabe que tiene que ser inteligente y hábil ante el poder ya que debe controlar sus emociones y no utilizar la coerción o la fuerza, solo debe de dar a conocer sutilmente que lo puede usar y el día que lo emplee sabrá cual es la fuerza real, por eso se debe difundir con claridad cuales son los límites, recursos y debe estudiar la estructura real del sistema, sus fortalezas y sus debilidades para que el directivo médico ubique su realidad y que haga que sus objetivos se relacionen en el contexto social, cultural, político y económico en que vive la institución en la que presta sus servicios, esto le sirve al administrador médico para conocer su poder para movilizar al personal y que sea más operativo y con ello, alcanzar las habilidades y destrezas, para alcanzar los resultados deseados, ya que hay estimular todo esfuerzo hacia fines unívocos, claros, precisos, factibles y medibles.

Una de las herramientas que el ser humano desarrolla, en razón de su inteligencia y habilidades, es la tecnología del proceso, que aunada a la experiencia y todas las acciones que efectúan los administradores médicos darán resultados satisfactorios; sin embargo, quizá sea necesario que tenga que usar técnicas de procesos asociados en razón del interés primordial que es la salud de nuestros derechohabientes, como es el control de los recursos, la administración de la estructura y el control de las límites del sistema.

El poder de los directivos de salud es mucho, ya que sus decisiones afectan la vida o la salud de miles de derechohabientes y sus familiares. Y el poder aumenta o disminuye porque la sociedad está en un cambio vertiginoso, mayormente en las instituciones de salud, ya que se centran en las necesidades de su población derechohabiente, además de que el servicio es socialmente aceptado y el

personal médico y paramédico requiere mejores aparatos, educación de calidad e investigación y el administrador debe buscar el óptimo balance.

II. 7 LA CLINICA Y LA ESTADISTICA

En 1962 se crea la primera cátedra de documentación médica y estadística en la facultad de medicina de la Universidad de Johannes-Gutemberg, siendo el matemático y médico Siegfried Koller, durante la segunda guerra mundial, como colaborador del archivo central del ejercito, en la organización de la primera documentación médica mecanizada de unas 10 millones de historias médicas.

El consejo científico con la importante participación del internista de Bonn, en Alemania, Paul Martín, pone de manifiesto la necesidad de la nueva especialidad en 1960 "La Medicina Estadística", incluyendo la correspondiente documentación; la cual es imprescindible para la investigación médica, aunque no ha entrado hasta ahora prácticamente nunca en las facultades de medicina. Cada facultad debería tener una cátedra cuya principal misión fuese el apoyo a la clínica y reforzar las disciplinas teóricas mediante la estadística médica. Al final de la década de 1970 existían ya muchas universidades e institutos especializados en esta área.

Su principal cometido es la gestión y archivo de las hojas médicas, colaborar en la documentación y valoración de los proyectos de investigación y de la enseñanza medica. ¿Se podría usar con fines de abasto, de bajar costos, implementar programas de eficiencia, calidad y otros?

II.8 LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO (CONAMED)

La comisión de arbitraje médico fue creada como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, mediante el decreto del ejecutivo Federal Publicado en el Diario Oficial de la federación el 3 de Junio de 1996, con el propósito de contribuir

a resolver conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

Su creación deja precedentes, ya que brinda a la ciudadanía una nueva forma de resolver sus controversias derivadas de la práctica médica, esto deja ver y creo que viene a confirmar que la insatisfacción del usuario de los servicios de salud.

La Constitución Mexicana consagra a la salud un derecho, ya que tiene características sociales, reconociendo que todo mexicano tiene derecho a proteger su salud como un factor indispensable de una vida digna, quedando en el Estado la responsabilidad de regular, mediante la ley, los términos en que se dará acceso a los servicios de salud.

La CONAMED viene a dar cumplimiento del mencionado derecho a la protección de la salud y al ser un órgano público, que contribuye a resolver los conflictos por la prestación de los servicios médicos, pretende que con su intervención, tales servicios se presten en mejores condiciones de eficiencia y calidad a favor de los usuarios de dichos servicios, que son los sujetos beneficiarios de éste derecho Constitucional, los cuales cuentan así con una instancia pública a la que acuden por inconformidades respecto al servicio recibido.

Aunque la creación de la CONAMED encuentra su fundamento legal en lo dispuesto en artículo 89 fracción I de la constitución General de la República, que faculta al titular del ejecutivo Federal a emitir disposiciones reglamentarias en aquellas materias de su competencia, el cliente interno que es el médico, la considera una instancia inquisidora y arbitraria, pese a los argumentos que éste órgano regulador difunde¹³ :“La CONAMED es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que creó el Ejecutivo Federal con el fin de atender un legítimo reclamo social en la demanda por mejorar la calidad de los servicios médicos”.

¹³ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A. de C.V. México 1997. Plan Nacional de Salud 2000 – 2006.

Como lo pregona la misma comisión, ésta se crea obedeciendo un reiterado reclamo de la sociedad y la presidencia de la República decreta su creación, creando la instancia dónde acuden tanto los usuarios de los servicios médicos como los prestadores de servicios, donde se analizan las quejas “con estricta imparcialidad y se resuelve con apego a derecho”¹⁴.

El usuario insatisfecho de los servicios prestados, acude para participar en la promoción del derecho a la salud, donde denuncia actos u omisiones que considera que violan sus derechos respecto a los servicios médicos que se le hayan prestado, tanto de manera pública o privada.

La CONAMED cumple con una función de orientación, al brindar atención y asesoría tanto a los usuarios como a los prestadores de los servicios, sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud. También actuando de oficio en cuestiones de interés general relacionadas con su esfera de competencia, es decir, en asuntos vinculados con la prestación de servicios médicos y de igual manera, goza de facultades para coadyuvar con las autoridades de impartición y procuración de justicia, cuando éstas solicitan la emisión de dictámenes médicos.

Como institución pública, la CONAMED, tiene atribuciones para recibir, investigar y atender quejas de usuarios de servicios médicos que no tienen antecedente alguno, no obstante se cuenta con las instituciones que tienen como fin la protección de los derechos de cierto grupo social, como la Procuraduría Federal

de Protección al Consumidor, las Comisiones de Derechos Humanos, tanto Nacional (CNDH) como las Estatales, que tienen como función primordial la defensa del individuo por violaciones a los derechos inherentes a su persona, y bien se pudiera confundir esta última con la CONAMED, por haberse creado antes, pero ésta atendió aquellas inconformidades relacionadas con la prestación de servicios médicos por actos u omisiones cometidas en las instituciones

¹⁴ Ibidem página 6

públicas, y ésta no cuenta con facultades para intervenir en controversias surgidas entre particulares, siendo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico una de sus funciones, fomentar la creación de instituciones análogas en las entidades federativas, que atiendan las quejas de los usuarios de los servicios médicos por actos u omisiones de los prestadores de dichos servicios en los Estados de la República.

Tanto la CONAMED como al CNDH, son instituciones que tiene como fin proteger los derechos de grupos sociales definidos, la primera interviene cuando los usuarios de servicios médicos consideran que hubo irregularidades en la prestación de dichos servicios, y la segunda protege a todo individuo que se vea vulnerado en los derechos inherentes a su persona, ambas instituciones tiene facultades para recibir quejas e investigarlas con plena autonomía, así como solicitar toda documentación relacionada con el caso.

Los derechos y obligaciones, tanto de los prestadores de servicios médicos y los usuarios de dichos servicios, se encuentran señalados en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares, y a la vez están obligados a sujetarse a las disposiciones de la institución prestadora de atención médica con relación al uso y conservación del mobiliario, equipo médico y materiales que se pongan a su disposición, ¿y el trato de respeto al prestador de servicio, puntualidad, respeto a los tiempos de otros pacientes no se contemplan?

La CONAMED se encuentra organizada administrativamente de tal manera que cuenta con dos áreas que auxilian en la gestión al titular de la comisión.

El consejo es la máxima autoridad, el cual se encuentra integrado por diez consejeros, cuya función es la de establecer políticas generales a que deben sujetarse la comisión en su actuación, siendo éste la autoridad máxima.

Los integrantes del consejo son distinguidas personalidades de la sociedad civil de reconocida trayectoria profesional y dentro de ellas se encuentran los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía¹⁵.

Aunque la comisión no es un tribunal, ya que solo conoce las controversias cuando ambas partes están involucradas en el conflicto derivado de la prestación de servicio médico, están de acuerdo que la comisión resuelva las diferencias, ya sea mediante conciliación o por medio de un arbitraje, por lo que si alguna de las partes no manifiesta su voluntad para que la comisión no conozca del asunto, éste deberá de ventilarse ante los tribunales judiciales.

En uno de los apartados, los médicos o cualquier otro prestador de servicios médicos no pueden presentar una queja en contra de un paciente ante la CONAMED, ya que conforme al artículo IV fracción II del decreto de creación: "la comisión esta facultada para recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos ..." ¹⁶ y ello limita a presentar quejas y la comisión a recibirlas. Aquí cabría la pregunta ¿solo hay servidores malos o que no hay también hay usuarios malos? Aunque haya conflicto, este se compone de dos partes y ambos tienen derecho de réplica y si uno se ve afectado por una supuesta negligencia, ¿el prestador de servicio no se ve afectado en un acto de mala fe por el usuario? Si un prestador de servicio es falto de capacidad, el paciente tiene derecho a cambiarlo por otro de su preferencia, ante un paciente malo (no hace caso parcial o total de indicaciones, o sea no da continuidad o es irregular en su tratamiento); ¿el médico no puede cambiar de paciente? ¿Esto no

¹⁵ Plan Nacional de Salud 2000 – 2006.

¹⁶ Id.

es dato de parcialidad o se tiene que entender como imparcialidad en la impartición de justicia?

Aunque la comisión argumenta que cualquier queja que se presenta en la misma se analiza por un médico y un abogado, lo que limita la posibilidad de que sin elementos de prueba el usuario pueda hacer vales su inconformidad de manera dolosa, pregunto: ¿acaso el paciente acude solo sin asesoría con su queja, no lo acompaña un abogado?, ¿acaso no hay medición de fuerzas legales?, aunque se refiere que no requieren de abogados externos que asesoren las partes de la resolución de controversia, puesto que en la conciliación se pretende que los hechos argumentados por las partes, lleguen a un acuerdo que defina a la inconformidad planteada por el quejoso, bajo el principio de audiencia en la que se trata de avenir sus diferencias con los directamente involucrados, quienes proponen los términos de arreglo y cualquier intervención de terceros puede influir negativamente en el resultado de la conciliación.

La CONAMED valora también la responsabilidad de los médicos institucionales ante las limitantes que tienen sus unidades, ante el nivel de atención que prestan sus servicios, siendo los representantes designados por los titulares de las mismas instituciones quienes deberán de responder institucionalmente por las deficiencias atribuidas a los médicos que presten sus servicios en las unidades médicas de atención al usuario, correspondiendo a cada institución tomar las medidas necesarias para delimitar las responsabilidades de sus trabajadores, respecto a las quejas en contra de la institución que hayan sido procedentes. Por un lado la comisión y por otro la contraloría del ISSSTE, dejan al generador del servicio en medio de un conflicto, por un lado defendiendo al usuario del servicio y por el otro defendiendo los recursos y a la institución.

Según el artículo 4º del decreto de Creación, la comisión puede iniciar investigaciones de oficio, es decir sin que haya queja de por medio, ya que regula la atribución para "intervenir de oficio en cualquier cuestión que se considere de

interés general en la esfera de competencia” ¿no suena inquisidor para el productor del servicio médico?. Uno de los propósitos de la comisión es, conforme a su decreto de Creación “contribuir a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales (...)”, por lo que siendo el arbitraje una figura jurídica de derecho civil que permite la resolución de controversias, y toda vez que la comisión está facultada para actuar como árbitro, es posible resolver las diferencias que surjan entre el usuario y los prestadores de servicios médicos, sin necesidad de acudir a los tribunales del estado. Nuevamente, ¿no cabe la pregunta del párrafo anterior?

II.9 EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA REBELIÓN DE LOS CONSUMIDORES

Es fácil discutir el sistema de cuidado de la salud y sus problemas, y perder la pista del factor causante de sufrimiento prolongado y materia del cuidado médico en su mismo: el paciente. En efecto, los sociólogos médicos burlescamente han llamado a quien pasivamente recibe los cuidados médicos “un ladrillo que respira” (Goldsmith, 1984). Muchas personas han tenido la experiencia de ser tratadas por médicos y por otros trabajadores de la salud como si fueran objetos inanimados o niños a quienes se les tiene que decir lo que deben hacer en la forma más simple posible. Los pacientes que rechazan este tratamiento, encuentran respuestas de sus médicos que van desde la incompreensión hasta la hostilidad.

A finales de los años 60's en Estados Unidos., se levanto una protesta bien fundamentada contra el cuidado médico autoritario y deshumanizado. A la vanguardia de este movimiento estaban las feministas, que estaban indignadas por el trato que recibían las mujeres por parte de los médicos, especialmente de los obstetras y de los ginecólogos. En los años 70's se publicó una cantidad de libros y de artículos que documentaban el tratamiento paternalista (y aun abusivo) de los médicos hacia las mujeres. Estos incluían a médicos que administraban pastillas para el control de la natalidad, sin informar a los pacientes de los riesgos que ellas acarrearán, médicos que realizaban; médicos que realizaban

histerectomías innecesarias y los que (equivocadamente) les decían a sus pacientes que la mastectomía radical era el único tratamiento apropiado para el cáncer de seno; los que recibían bebés de acuerdo con sus conveniencias, utilizando una cesárea para aligerar los acontecimientos ; y los médicos que desatendían las quejas de las mujeres, como si fueran “producto de la imaginación”, perdiéndose así el diagnóstico de la enfermedad (Ej., Corea, 1977).

Parcialmente en respuesta a estos problemas, una cooperativa de salud de mujeres en Boston compiló un libro llamado *Our Bodies, Ourselves*, publicado originalmente en 1973, el cual ha vendido más de un millón de copias en varias ediciones (Ruzec, 1978). Lo que pedía el movimiento femenino de la salud era más información de los médicos acerca de sus condiciones médicas, la oportunidad de seleccionar el tratamiento y la atención respetuosa como adultos en vez de un paternalismo o condescendencia. Estas metas hace tiempo trascendieron el movimiento feminista y los médicos ya no se sorprenden demasiado cuando pacientes de todas las edades y filosofías exigen tener voz en lo relativo a sus propios cuidados.

Tales demandas a los médicos bien podrían empezar a influir en el tipo de cuidados suministrados – médicos que ofenden a sus pacientes pueden encontrarse con la disminución del trabajo y con una reducción en sus ingresos.

Actualmente hay exceso de médicos y es casi seguro que será peor en la próxima década (Coddington y Moore, 1987). Por lo tanto, los médicos que deseen prosperar deberán armonizar mejor con las necesidades y preocupaciones de sus pacientes.

Otra indicación de la determinación de los pacientes a desafiar el establecimiento médico fue el alto crecimiento en las demandas por prácticas equivocadas de la pasada década (Press, 1984). Este fenómeno no es solamente el resultado de la insatisfacción de los consumidores con el desempeño de los médicos.

La sociedad estadounidense, en general, se ha hecho más litigante y la cantidad de abogados disponibles para tratar las demandas por practica equivocadas ha venido creciendo. Pero el aumento en tales demandas, al empezar la década de 1970), ciertamente refleja un aumento de pacientes disgustados y listos a demandar en forma voluntaria los errores médicos,- diagnósticos poco adecuados, fallas en la ejecución de pruebas necesarias, operaciones mal hechas.

El costo en Estados Unidos., del seguro contra las malas prácticas ha aumentado marcadamente después del crecimiento del número de demandas legales, y este costo adicional deben pagarlo todos los médicos, buenos, malos y mediocres, puesto que casi todos ellos tienen un seguro de este tipo.

CAPITULO III.

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. (ISSSTE)

III.1 ANTECEDENTES.

Desde el principio de los tiempos, los seres humanos han tratado de protegerse a sí mismos y a quienes de ellos dependen, y han buscado un mejor y más seguro entorno en donde vivir. Aunque el término "seguridad social" puede significar cosas diferentes para personas diferentes, hay una tendencia común, el deseo natural de las colectividades de disfrutar de una mayor protección frente a los problemas de la vida y frente a la incertidumbre, la enfermedad, la vejez y las privaciones.

En el siglo XIX, el paso a la industrialización, especialmente en Europa, planteó nuevos problemas sociales y económicos y acentuó el éxodo de las áreas rurales a las urbanas, en las que se produjo un desarrollo comercial e industrial y se podía encontrar un empleo asalariado.

Los trabajadores industriales empezaron a depender de las pagas regulares en forma de salarios para obtener alimentos, vivienda y vestido. Cuando carecían de salario no encontraban la tradicional ayuda social para protegerse a sí mismos y a sus familias. En el ámbito urbano se debilitaron y no fueron ya posibles los sistemas tribales y de clan, la gran familia en la que las personas capacitadas ayudaban a cuidar a los niños, los débiles y los ancianos.

Poco a poco se intentó aminorar las dificultades de los que perdían sus salarios por causas de enfermedad, accidentes laborales, vejez, o el desempleo.

Gobiernos o sociedades mutualistas organizaron planes de ahorro. Surgieron seguros privados para proporcionar coberturas de vida y gastos de entierro. Los estados empezaron a legislar para exigir a los empleadores que se hicieran cargo de los gastos de manutención de sus trabajadores enfermos o accidentados. Sin embargo, estas disposiciones no fueron suficientes. Aunque la filosofía de aquella época consistía en que los trabajadores podían arreglárselas por sí solos para contrarrestar los riesgos de la vida, la realidad fue que, absorbidos en la lucha cotidiana por sobrevivir, difícilmente podía esperarse que centraran su atención en eventualidades posibles o distantes.

El primer sistema nacional de seguro social en sentido amplio se implantó entre 1883 y 1889 en Alemania, con el Canciller Otto Von Bismark, y cubría las pensiones de vejez y prestaciones de enfermedad. En otras partes se introdujeron esquemas basados sobre cotizaciones de seguro (por ejemplo, en Australia, Nueva Zelanda, Suecia y Dinamarca, a partir del decenio de 1930, y en varios países en desarrollo de África, Asia y el Caribe, a partir del decenio de 1950). Para describir este sistema de cotizaciones y prestaciones se utiliza la expresión "seguridad social".

La historia moderna de la seguridad social se remonta a los años cuarenta del siglo XX. Cuando aun no concluía la II guerra mundial, los gobiernos consideraron que un mundo basado en la justicia y la igualdad tendría que estar sustentado en organizaciones sociales más humanas y justas, con el propósito de que todos los hombres pudieran tener trabajo, progreso económico y seguridad social.

En la posguerra, el artículo 25 de la declaración de los derechos humanos de la recién creada Organización de las Naciones Unidas, se redactó de la siguiente manera..." toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella misma y a su familia la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."

Así, el término seguridad social cobró importancia en el mundo y las Naciones Unidas lo consideraron uno de sus objetivos básicos. Ya desde el primer año de la II Guerra Mundial se desarrolló un importante movimiento internacional a favor de la promulgación de legislaciones referentes a la seguridad social. Un ejemplo de ello es la ley y la creación en 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Con el paso de los años se afinaron las características de la seguridad social. Durante la VI Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en la ciudad de México en 1960, se dio a conocer la llamada declaración México, que en su punto número 17 estableció:

“ Ampliar en la medida en que los permitan las circunstancias económicas y jurídicas, el radio de acción de los seguros sociales hacia una conceptualización integral y de razón general, alentado los nuevos factores de bienestar que sea posible de realizar en un ambiente de paz social que permita avances constantes a un fortalecimiento de la justicia social e iniciar, desarrollar y ampliar las prestaciones familiares y sociales en favor del progreso individual, familiar y de la comunidad que se forma parte ”.

En nuestro país, las finalidades básicas de las prestaciones sociales que conforman en el concepto de seguridad social integral se puede resumir en los siguientes puntos:

- Bienestar general de la familia mediante la elevación de los niveles de vida.
- Formación de buenos hábitos y la adquisición de conocimientos que permitan a todos los miembros de la familia conservar la salud física y mental.

Aplicación adecuada del presupuesto familiar.

- Protección del salario del asegurado a través de tiendas, farmacias y velatorios a precios bajos.
- Principios y practicas relacionadas con el desarrollo de la educación del niño.
- Interés por la recreación y la correcta utilización del tiempo libre.
- La practica deportiva, como parte de la capacidad creadora, el disfrute de las bellas artes y el fomento del ocio deportivo.
- La aplicación practica de las habilidades adquiridas en actividades lucrativas.
- Proyecciones de la vida familiar hacia la comunidad para lograr una conciencia colectiva dirigida al bien estar social.

Por eso, sin importar las condiciones económicas del país, el estado mexicano jamás ha renunciado a su sólida tradición social. Esta se expresa al igual que otros campos en el apoyo y respaldo económicos a una institución expresamente al servicio de sus trabajadores, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

El antecedente institucional mas remoto del ISSSTE, es la llamada Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, fundada por la ley de 1925 para proteger a " todos aquellos que percibieran sueldo con cargo al Estado ", estaba facultada para otorgar pensiones por vejez, inhabilitación, muerte o retiro y posteriormente, se autorizo para otorgar prestamos a los trabajadores afiliados para diversos fines, como una manera de invertir los excedentes del fondo de pensiones. Sin embargo, la atención médica no quedo comprendida entre sus atribuciones legales y el trabajador al servicio del Estado o hacia uso de los servios médicos privados o pugnaba en cada institución porque ésta subrogara la atención médica o dispusiera de clínicas que proporcionarían éstos servicios a sus respectivos trabajadores.

Con estos antecedentes, determinó que varias dependencias federales crearan sus propias unidades, para dar servicio médico, subrogaran el servicio para la atención de sus trabajadores y sus familiares, o también se otorgaran subsidios para ayuda médica.

La Secretaria de Salubridad y Asistencia estableció diversas clínicas y un hospital para sus trabajadores, la Secretaria de Comunicaciones, Transporte y Obras Públicas un hospital central y servicios foráneos; la Secretaría de Educación Pública dos sanatorios, una unidad antituberculosa, dispensarios Estatales y la Casa del Maestro, para profesores foráneos; la Secretaria de Hacienda y Crédito Público un hospital General; el Departamento del Distrito Federal un Hospital y un Sanatorio; por su parte, los poderes judicial y Legislativo decidieron solucionar ésta demanda por medio de sanatorios subrogados.

Éste sistema resultaba limitado y heterogéneo, mas sin embargo ésta situación no cambió sustancialmente, cuando se aprobó la nueva Ley de Pensiones Civiles en 1947, que sustituyo a la de 1925, pero si dio un paso importante al garantizar los servicios de atención médica, aunque limitado a los accidentes laborales y enfermedades de trabajo.

Para la atención de éstos casos, la Dirección de Pensiones Civiles no dispuso la creación de unidades propias, sino que se limitó a cubrir los gastos médicos en que los trabajadores incurrieran por éste concepto, así mismo se regulaba el otorgamiento de pensiones e indemnizaciones correspondientes.

Con el transcurrir del tiempo los servicios de atención médica a cargo de las dependencias, se fueron haciendo cada vez más importantes, como es el caso de la Secretaria de Educación Pública, la cual dando respuesta a los planteamientos del magisterio nacional, organizó un servicio médico con aportaciones de los trabajadores y del Estado, que permitiera ampliar el número de unidades y

extender su cobertura a otras entidades federativas. Éste hecho es de suma relevancia, ya que da origen a un patronato que administraba la atención médico-asistencial para los trabajadores de la Secretaría de Educación Pública y para sus familias. La infraestructura resultante, fue uno de los principales apoyos del nuevo sistema de servicios para los empleados públicos, que quedaría a cargo del ISSSTE a partir de su creación en 1960.

III. 2 DESARROLLO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.

En 1959, el 31 de diciembre, se aprueba la ley del ISSSTE, la cual abroga la Ley de Pensiones Civiles de 1947. Esta nueva ley, no sólo protegía a los trabajadores del Estado ante riesgo de trabajo, sino que quedaba obligado además a proporcionar atención médica y servicios sociales a los trabajadores y sus familias. El Presidente de los Estados Unidos Mexicanos en turno, el Licenciado Adolfo López Mateos, en su exposición de motivos de la nueva ley del ISSSTE señaló: “Como se advierte, el seguro de accidentes y enfermedades de trabajo y enfermedades profesionales queda totalmente a cargo del Estado, el de enfermedades no profesionales y de maternidad se cubre en tres cuartas partes por aportaciones de las entidades publicas y sólo en una cuarta parte por el trabajador (...) me limitaré a señalar que con ellas se otorga a los servidores del Estado la más amplia protección que ya tienen los demás trabajadores de México”.¹⁷

Se establece así como nueva prestación el seguro de enfermedades no profesionales y el de maternidad que según expresa la ley, debe de cubrirse con el

¹⁷ La Ley del Seguro Social originalmente encausó su protección hacia tres vertientes: el Seguro de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el seguro de enfermedades no profesionales y maternidad y los seguros de invalidez, vejez y cesantía y muerte. Por otra parte, la ley configuró al Seguro Social como un servicio público nacional de carácter obligatorio y encomendó su organización y administración a un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio denominado: Instituto Mexicano del Seguro Social. Siendo implantado en un financiamiento, por medio de un sistema bajo un régimen de contribución tripartita: los trabajadores, los patrones y el Estado.

2% de las cuotas de los trabajadores y el 6% de las aportaciones a cargo del Estado.

El ISSSTE inicia sus operaciones subrogando servicios a ocho hospitales, a fin de proporcionar las siguientes especialidades: Maternidad en el Hospital Dalinde y el Hospital de Lourdes. Cirugía en el Hospital De La Torre y el Hospital Higía, Medicina General en el Hospital Arista y el Hospital San Lorenzo, para enfermos de Tuberculosis en el Hospital Soriano y la atención a enfermos infecto-contagiosos en el Hospital Inglés.

Paralelamente se adquirió un hospital privado en proceso de construcción el Fájér y se iniciaron los trabajos de rehabilitación y readaptación correspondientes a lo que posteriormente daría lugar al Hospital 20 de Noviembre. Esta infraestructura de segundo y tercer nivel contaba con 16 clínicas de adscripción y cuatro de especialidad, de manera que el instituto estuvo en posibilidad de proporcionar consulta externa de medicina general y especialidades para adultos, medicina general para niños y servicios de ginecología y obstetricia.

Cuando se termina el Hospital 20 de Noviembre, todas las hospitalizaciones y urgencias que antes se subrogaban, empezaron a canalizarse a éste hospital, que contaba con una capacidad de 630 camas censables y la mayoría de las especialidades, además disponía de 12 salas de cirugía con todos los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento.

Como es obvio, los servicios mejoraron con el tiempo y de acuerdo con las exigencias de la profesión médica, así como de la actualización profesional y de los programas de medicina curativa y con el paso del tiempo, al Hospital 20 de

Noviembre se le incorporaron los servicios de medicina nuclear, perinatología, medicina hiperbárica, criocirugía, cirugía de corazón, hemodiálisis, trasplantes renales, microcirugía, clínica de detección y diagnóstico automatizado y cirugía ambulatoria.

En agosto de 1960, construye el ISSSTE sus 16 primeras clínicas en el Distrito Federal, de las 34 que llegaron a existir a finales del año de 1961, con inversión de 50 millones de pesos cada una de ellas, lo que permitirá otorgar servicio médico a 10,000 derechohabientes.

La necesidad de cobertura de servicios médicos en las entidades federativas, hace que simultáneamente, en diversas entidades se establezcan clínicas de consulta externa, como es en Culiacán, Los Mochis, Mazatlán, Tampico y Puebla con los cuales se ampara a una población de 13,900 derechohabientes.

En el año de 1961 se inauguraron Hospitales propios en Chihuahua, Saltillo, Mexicali, Ensenada Guadalajara y La Paz, se subrogaron servicios en las ciudades de Tuxtla Gutiérrez, Pachuca, San Luis Potosí, Aguascalientes e Irapuato, de tal manera que se pretende cubrir necesidades médicas de 80,000 trabajadores y 300,000 derechohabientes.

Al finalizar los primeros 7 años de aplicación de la ley del ISSSTE, ya se otorgaba la protección médico asistencial a 995,000 derechohabientes y 50,000 más, entre supernumerarios y personal de confianza con sus respectivas familias a la mitad de la década de 1960. El ISSSTE se expandió aceleradamente y en el período de 1966-1970, el número de unidades médicas paso de 462 a 742, lo que representó un incremento del 61%. De las cuales el 28% pertenecían al Instituto y el 72% era subrogada, el número de camas se incrementó en un 19% (de 1,743 a 2,066), el número de quirófanos creció en 28% al aumentar de 47 a 60, los recursos

humanos con que contaba en instituto pasa de 2,554 médicos a 3,275 y el de enfermeras de 2,491 a 3,396, lo que significó un crecimiento de 28% a 36%.

Con esta infraestructura logra inmunizar a 453,000 personas, el 61% más que las que atendía en 1966, así mismo su incremento de consultas otorgadas se incrementa en un 67% en consulta externa y 28% de urgencias, otorgando un total de 6,870,000 consultas.

Hacia 1970, el aumento de la demanda en el ámbito nacional obliga al instituto a expandirse hacia otras entidades federativas, excepto Tlaxcala, cuya atención quedó a cargo de los servicios médicos del Estado de Puebla, por lo que el ISSSTE refuerza un programa de nuevas unidades, poniéndose en operación 360 nuevos puestos periféricos y se construyeron 29 hospitales propios, permitiendo disminución de subrogación de los servicios de un 21,8%.la

III.3 SISTEMA INSTITUCIONAL DE SERVICIOS DEL ISSSTE.

La estructura orgánica del ISSSTE, está integrada por una Dirección General, que integra la Secretaría de la Junta Directiva y un Órgano Interno de Control.

Cinco Subdirecciones Generales:

- General Médica.
- De Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales.
- Jurídica.
- De Administración y
- De Finanzas.

Subdirección General Médica.

Con las siguientes Subdirecciones de:

- ❖ Planeación y Evaluación.
- ❖ Regulación de Atención a la Salud.
- ❖ Infraestructura.
- ❖ Conservación y Mantenimiento.
- ❖ Abasto de Insumos Médicos.
- ❖ Coordinación Nacional de Políticas y Desarrollo Educativo.

Dependiendo también de ésta subdirección General:

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" y
Los Hospitales Regionales.

Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales

Con la siguientes subdirecciones:

- ❖ Subdirección de Pensiones
- ❖ Subdirección de Otorgamiento de Crédito
- ❖ Subdirección de Recuperación de Crédito
- ❖ Subdirección de Afiliación y Vigencia
- ❖ Subdirección de Servicios Sociales y Culturales
- ❖ Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos

Dependiendo de ésta subdirección General:

La Escuela de dietética y nutrición.

Subdirección General Jurídica

- ❖ Subdirección de lo Contencioso
- ❖ Subdirección de los Consultivo
- ❖ Subdirección de Notariado y Bienes Muebles
- ❖ Unidad de Coordinación de Proyectos
- ❖ Subdirección de Innovación y Calidad

Subdirección General de Administración

- ❖ Subdirección de Recursos Materiales y Servicios
- ❖ Subdirección de Personal
- ❖ Subdirección de Obras y Contratación
- ❖ Subdirección de Tecnología de la Información
- ❖ Subdirección de Almacenes

Subdirección General de Finanzas:

- ❖ Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional
- ❖ Subdirección de Programación y Presupuesto
- ❖ Tesorería General
- ❖ Subdirección de Contaduría
- ❖ Subdirección de Aseguramiento de la Salud

Otras Entidades:

Fondo de Vivienda (FOVISSSTE).

Sistema Integral de Tiendas y Farmacias y sus gerencias regionales.

Sistema de Agencias Turísticas (TURISSSTE.)

Las Delegaciones.

La Coordinación General de comunicación social.

La Coordinación General de Desarrollo Delegacional.

III.4 EL SERVICIO MEDICO.

Con el propósito de enfrentar nuevos requerimientos, la Subdirección General Médica efectúa modificaciones en la organización interna, rediseñando la estructura piramidalmente, en la base se organiza y opera por niveles de atención, a través de 35 Delegaciones Regionales y Estatales distribuidas en el país.

La caracterización de cada unidad, permite identificar la capacidad física instalada, el equipamiento, la dotación de insumos y la asignación de personal particularmente médicos y enfermeras, que garanticen la atención a la demanda de los derechohabientes con servicios posmodernos y de alta calidad técnica y sobre todo humana.

El marco general para la clasificación de las unidades médicas del Instituto, está representado por el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para estructurar los servicios en tres niveles de atención.

PRIMER NIVEL

SEGUNDO NIVEL

TERCER NIVEL.

Las de **PRIMER NIVEL**, representan el contacto con del derechohabiente con el sistema; proporciona servicios básicos y ambulatorios; atiende los padecimientos de mayor frecuencia y de menos complejidad de resolución; resuelve el 85% de la patología general, y son:

Consultorios Auxiliares (CA.)
Unidades de Medicina Familiar (UMF)
Clínicas de Medicina Familiar (CMF)

El **SEGUNDO NIVEL** conformado con las clínicas de especialidades, clínicas hospital y hospitales generales; proporcionan atención ambulatoria y de hospitalización para solucionar problemas de mediana complejidad; resuelve del 10 al 12 % de la patología general, y son:

Clínicas de Especialidades
Clínicas Hospital
Hospitales Generales

Recibe pacientes del primer nivel de atención, de las clínicas de especialidades y clínicas hospital. Canaliza pacientes de tercer nivel de atención y al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

El **TERCER NIVEL** se integra por hospitales regionales, proporciona atención medica de alta especialidad, para la atención de padecimientos de mayor complejidad y dificultad en su diagnostico y tratamiento. Resuelve del 3 al 5% de la patología general, y son:

Hospitales Regionales
Centro Medico "20 de Noviembre"

III.4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

COMPRENDE:

- ❖ Situación Epidemiológica del ISSSTE.
- ❖ Enfermedades no transmisibles.
- ❖ Enfermedades transmisibles.
- ❖ Intoxicaciones y quemaduras.
- ❖ Acciones preventivas contra el frío.
- ❖ Infecciones respiratorias agudas (IRAS).
- ❖ Algunas medidas de prevención y control de las enfermedades diarreicas.
- ❖ Tendencia de la morbilidad.

La Subdirección General Médica presenta la situación epidemiológica observada en la población derechohabiente en el año 2000, que contiene los casos nuevos de primera vez reportados en dicho año y que permiten analizar el comportamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Cabe destacar que en esta época de transición epidemiológica donde las enfermedades no transmisibles y crónico degenerativas presentan una mayor incidencia. Se concluyen para el año 2000, los accidentes, las displasias, neoplasias, etc. , que permitirán conocer con mayor precisión los casos nuevos de las enfermedades que integran las primeras causas de morbilidad general.

La tendencia de la morbilidad general se ha mantenido estable durante el período de los últimos cinco años, con desviaciones aproximadas al 5% en decremento o incremento para los casos nuevos, en 1999, si bien se incrementaron las notificaciones, la tasa de incidencia disminuyó en el 3.4%, a expensas del incremento de la población derechohabiente.

Las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales, se encuentran históricamente como las dos primeras causas de morbilidad, mostrando la mayor

incidencia en el grupo de menores de 5 años. Para el año 2000 se encuentran dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general, padecimientos de nueva inclusión como son las infecciones de vías urinarias y en el caso de las crónicas degenerativas, la gastritis, duodenitis y úlceras, que pasa en su primer año de notificación a ser la primera causa de notificación de las enfermedades no transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles que habían disminuido en su tasa de incidencia en los últimos 3 años alrededor del 10% por año (1996-1999), incrementaron su notificación de 221,170 casos para 1999 a 360,530 para el 2000, que significó alrededor del 40%, debido a que este último año pasaron a reportarse de 11 a 33 padecimientos.

La morbilidad para el año 2000 fue de 360,530 casos nuevos, con una tasa de 3,834.2 por 100,000 derechohabientes. En 1996 se excluyeron del sistema de información, para el presente año han sido integrados a un programa especial "Vigilancia Epidemiológica de las Lesiones por Causa Externa".

El proceso salud-enfermedad en México se desarrolla al igual que en casi todos los países del mundo bajo el fenómeno de la globalización, dicho proceso ha permitido avances en la industria, desarrollo de tecnología aplicada a las ciencias de la salud, dando como resultado un incremento en el promedio de años de vida de la población, hecho explicable ya que si bien la modernidad facilita labores cotidianas, investigación científica, etc., también provee a la población de un mayor estado de estrés, sedentarismo, y la hace presa del falso precepto de la comodidad, mayor cantidad en años de vida, que calidad de la misma, así como una alta exposición a padecer enfermedades crónicas degenerativas y las secuelas propias de ellas.

Actualmente la diabetes mellitus y la enfermedad hipertensiva, representan un problema de salud pública en el país,. Si tomamos en cuenta que culturalmente tenemos la tendencia a adoptar malas practicas referentes a la dieta, lo cual aporta un mayor número de carbohidratos, sodio, conservadores, sin dejar de mencionar el alto índice de consumo de cafeína y tabaco, considerados como factores de riesgo condicionantes para estas patologías.

Para el 2000 se notificaron 3,980,675 casos de enfermedades transmisibles con tasa de 42,334.14 por 100,000 derechohabientes. A partir del año 97 se ha presentado un ligero decremento en su tasa de incidencia, aunque se haya notificado más casos para el presente año. Siguen siendo las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, amibiasis intestinal, otitis media aguda y ascariasis las 5 primeras causas de notificación, comportamiento que se ha mantenido en los últimos 3 años.

Enfermedades Prevenibles por Vacunación

- ❖ **Poliomielitis.** A la fecha no se ha presentado ningún caso.
- ❖ **Difteria.** No se ha presentado ningún caso.
- ❖ **Sarampión.** Se ha observado reducción en los últimos 4 años.
- ❖ **Tétanos.** Se ha observado aumento .
- ❖ **T. Neonatal.** No se reporto ningún caso desde el 99.
- ❖ **Tos ferina.** No se presentaron casos desde el 2000.
- ❖ **Rubéola.** Ha disminuido en los últimos 5 años.

III.4.2 RECURSOS PARA LA SALUD

Para la prestación de los servicios médicos, se cuenta con 1,213 unidades médicas conformadas por: Centro Médico Nacional, Hospitales Regionales, hospitales Generales, Clínicas Hospitales, Clínicas de Especialidades, Clínicas de Medicina Familiar, Unidades de Medicina Familiar y Consultorios Auxiliares. Su funcionamiento se organiza de acuerdo a su infraestructura, capacidad física instalada y sus recursos humanos para dar solución a los problemas de salud de la población derechohabiente.

INFRAESTRUCTURA

TIPO DE UNIDAD MÉDICA	NUM DE UNIDADES
CMN. "20 de noviembre"	1
Hospital Regional	10
Hospital General	23
Clínica Hospital	68
Clínica de Especialidad	12
Clínica de Medicina Familiar	61
Unidades de Medicina Familiar	912
Consultorios Auxiliares	153
Total en las Entidades Federativas	1,240

CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA

TIPO	TOTAL
Consultorios	5,086
Camas Censables	6,689
Quirófanos	285
Salas de Expulsión	159
Peines de Laboratorio	676

Equipos de Rayos "X"	404
Bancos de Sangre	62
Servicios de Urgencias	151

FACTOR HUMANO	
TIPO	NUMERO
Médicos	16,948
Enfermeras	18,944
Técnicos	4,820
Administrativos	10,809
Servicios Generales	11,736
TOTAL	63,257
<i>En etapa de aprendizaje:</i>	
Médicos Residentes	1,453
Médicos Internos	936
TOTAL	2,389

III.4.3 ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL(ETS)

- ❖ SIDA
- ❖ Infección por clamidas
- ❖ Herpes genital
- ❖ Verrugas genitales
- ❖ Gonorrea
- ❖ Hepatitis tipo "B"
- ❖ Sífilis

En el año de 1970 a 1982, la población derechohabiente se incrementa de 347,000 a 5,468,000 que significa un crecimiento del 12.4% anual en promedio, el número de camas censables aumento de 2,066 a 5,477, los gabinetes radiológicos

de 75 a 88 y los quirófanos de 60 a 136. Lo anterior permite al instituto incrementar los servicios en todos los renglones. En la actualidad el ISSSTE protege alrededor de ocho y medio millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la institución.

III. 5. NATURALEZA DEL SERVICIO MÉDICO.

Cómo es obvio, la necesidad de responder a una demanda siempre creciente, impidió planear el crecimiento y definir modelos para atender ordenadamente todas las regiones del país, la insuficiencia de recursos y el elevado costo de la infraestructura médica obliga al instituto a acudir, permanente, a la subrogación de servicios e insumos, que algunos años mas tarde contribuyeron a deteriorar la calidad de los servicios y favorecer los saqueos y la corrupción, por el dispendio de los recursos. 42 años de corruptelas y compadrazgos en la cual se ha visto inmerso el instituto, que se ha considerado siempre como un botín político y ahora, con la perdida del poder por el Partido Revolucionario Institucional, se hace un refugio de políticos enmohecidos y retrogradados, que buscan nuevamente clonar sus ideales en sus descendientes, para retomar el poder.

Desde sus orígenes, el instituto centra su atención a la medicina curativa, objetivos reflejados en sus programas y por ende obstaculizaba la Medicina Preventiva que, sin duda, el alto costo de éste tipo de medicina demanda instalaciones de complejidad estructural, con insumos múltiples que solo pueden usarse en un número relativamente pequeño de derechohabientes, que solicitaban los servicios.

Si bien, el instituto logra avances substanciales en la atención médica, es cierto que se manifiestan problemas en el año de 1982, como la desigualdad de la distribución de la capacidad instalada y atención preferente a unidades hospitalarias de mayor complejidad, en la Ciudad de México, Guadalajara y

Monterrey, con ausencia de un modelo de referencia y contrarreferencia de pacientes que propició que acudieran éstos aún en caso de menor importancia, a hospitales de tercer nivel como por ejemplo el Hospital 20 de Noviembre, lo que contribuyó a congestionar y reducir la calidad de los servicios y el trato dispensado a los derechohabientes.

Por otro lado la falta de planeación y la inadecuada distribución de los servicios a lo largo del país, así como el centralismo en el manejo de los insumos, llevo a contrastes de desequilibrio crítico en los servicios de salud, entre la zona metropolitana y el interior de país.

III.5.1 LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado tienen por objeto otorgar a los servidores públicos, pensionistas y demás derechohabientes sujetos al régimen a su ley, los seguros, prestaciones y servicios establecidos con carácter obligatorio, así como ejercer las funciones que determine la legislación aplicable, para lo cual conducirá sus actividades en forma programada, en base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional de desarrollo establezcan la Junta Directiva y el Director General conforme a sus respectivas atribuciones (Artículo 1° del Estatuto del Instituto).

La insuficiencia de recursos presupuestales y de infraestructura, así como el crecimiento acelerado de la demanda de servicios, ocasionó que el instituto acudiera más aún a los servicios de subrogación, siendo el gasto en 1982 el 18.8% del presupuesto para la atención de la salud.

Por otro lado, la falta de vigilancia y de regulación de las condiciones de estos servicios, se encarecieron y decayeron en su calidad, quizás por la complicidad de los directivos en la distribución y licitación de los servicios.

Indudablemente, el deterioro de la calidad de los servicios hizo patente la inconformidad de los derechohabientes, por el trato descortés y deshumanizado, ante las largas horas de espera para obtener consultas, internamientos hospitalarios o estudios de diagnóstico y gabinete, así como la frecuente falta de medicamentos y materiales de curación y por si fuera poco, la falta de información.

La administración centralizada de los recursos materiales, el retraso de las composturas de las instalaciones y equipo médico, así como la ausencia de mantenimiento preventivo, provocaron el deterioro de la infraestructura, al grado de atentar al servicio prestado a los derechohabientes, así mismo el desvío de recursos para fortalecer unidades de tercer nivel, haciéndoles elitistas por la atención selectiva de pacientes, que si bien portadores de una patología que lo ameritaba, se saturaron de muchos recomendados, ya que a las unidades fuera del área metropolitana, les era difícil o por que no decirlo, imposible colocar sus pacientes en dichas unidades, como por ejemplo en el hospital 20 de Noviembre. Sin duda esa centralización de recursos, hizo que unidades en otras entidades federales, vieran frustrados sus aspiraciones para fortalecerse con recursos para su operación, ya que por un lado no recibían a sus pacientes para resolver sus padecimientos, y por otro lado, no recibían en recurso financiero o material para ser resolutivos en su área de demanda.

El abasto no oportuno de insumos a unidades médicas en el interior de la república, incrementó compras aisladas o subrogadas, las cuales siempre, por necesidad presentan costos mas elevados, que las de grandes volúmenes y que, indudablemente, por las características de la urgencia del insumo no era licitada y

favorecía las corruptelas y por ende los compadrazgos ante las adquisiciones de esos insumos, siempre bajo el cobijo del principio de “es mas caro lo urgente que lo programado”; por otro lado, en los grandes almacenes, se caducaban insumos y había desperdicios por obsolescencia, situación ocasionada por la compra de insumos de baja calidad y en cantidades muy por encima de las requeridas.

Sin duda, hubo poca coordinación con los organismos de salud de la administración pública, para convenir los servicios de subrogación de compras justas de insumos y apoyos tecnológicos, con la finalidad de mejorar los resultados o en su caso, eliminar duplicidades en la atención a la salud.

Los programas de inversión en la infraestructura médica no se tomaron en cuenta, indicadores adecuados a la demanda, ni se realizaron planes maestros o estrategias orientadas a superar los desequilibrios regionales, ya que muchas obras de 1970 a 1982, no se pudieron concluir por la carencia de recursos económicos.

El factor humano tanto en su dotación como su distribución ha sido insuficiente, sin orden, con muchos intereses creados, lejos de las necesidades reales, politizados y a capricho de dirigentes de funcionarios como sindicales, existiendo una distribución desproporcionada con relación a las necesidades de las unidades médicas, por otro lado los salarios del personal del área de la salud raquíticos, por los aumentos muy por debajo de la inflación y con significativa diferencia comparativamente con otras instituciones del sector, dan como resultado irregularidades en el tiempo de trabajador contratado, ausencia de controles y mala o nula supervisión en el desempeño profesional, con aplicación de estímulos “perversos” que favorecen a la gente mas improductiva y desmotivan a los que desean hacer mejor su trabajo.

Por el lado de enseñanza, no se han podido sistematizar, homogeneizar y reforzar los programas de enseñanza y capacitación, así como los de actualización médica e indudablemente con un insignificante fomento a la investigación, ante las trabas administrativas de los subcomités locales, que dependen en mucho de las decisiones centrales y con escaso o nulo recurso financiero en las unidades para fomentar las actividades de docencia, investigación y capacitación médica continua e incluso por la duplicidad de funciones, con la subdirección de enseñanza e investigación, coordinaciones de enseñanza e investigación, departamentos de enseñanza estatales y departamentos de capacitación, con “programitas, programas y programotas” y con comités y subcomités sobresaturados u obstruyendo la función real dentro de la enseñanza.

III.5.2 CAMBIO ESTRUCTURAL EN EL ISSSTE.

En varias ocasiones, el ISSSTE ha sufrido modificaciones, tan solo en 1988 se realizaron 5 modificaciones, cuatro por iniciativa del ejecutivo federal y una por instancia del Congreso de la Unión, dichas modificaciones le ha permitido organizar el funcionamiento del instituto, sobre la base de las dos vertientes principales: la primera, otorga exclusivamente a los trabajadores asegurados y a los pensionistas, dando mayor peso a la antigüedad y estableciendo topes y límites orientados a beneficiar a los asegurados de menor ingreso; las prestaciones en especie benefician tanto al trabajador como a sus familiares, es decir, a todos los derechohabientes por igual, sin distinción de nivel salarial o de antigüedad. La segunda, las prestaciones económicas abarcan las pensiones (por jubilación, invalidez, edad avanzada, retiro y muerte) las indemnizaciones globales, la seguridad en el trabajo, los créditos personales, los destinados a la adquisición de viviendas y las devoluciones de depósito del fondo de la vivienda.

Por otra parte las prestaciones en especie incluyen la protección a la salud, la protección al salario (sistema de tiendas), diversas prestaciones sociales, (estancias de bienestar infantil, talleres de jubilados, velatorios, entre otras), así como actividades culturales, deportivas y recreativas (TURISSSTE).

La ley del ISSSTE establece que las prestaciones económicas de otorgamiento diferido (pensiones, seguridad e higiene en el trabajo, indemnizaciones globales, devoluciones de deposito y pago de seguros del fondo de vivienda) deben contar con reservas actuariales que aseguren su otorgamiento y pago al 100% de la demanda, el resto de las prestaciones, tanto económicas como en especie, se otorgan en base en el sistema de reparto anual, es decir, que la cobertura real de tales prestaciones esta sujeta a los recursos presupuestales de cada año, después de garantizar la cobertura de las prestaciones diferidas.

La diferenciación de las prestaciones permitió apreciar claramente que a lo largo de los años, se ha consolidado a dar mayor peso a las prestaciones económicas (principalmente a los prestamos de corto plazo) sobre las prestaciones en especie.

Como es obvio estas prestaciones distorsionan la función del Instituto, ya que da menos importancia, en términos relativos, a las prestaciones en especie que son igualitarias e inciden de manera directa en la elevación del nivel de vida de los trabajadores y sus familias

La distinción legal entre las prestaciones de otorgamiento diferido y las de reparto anual, así como la obligación de llevar una contabilidad aparte para cada prestación y establecer unas reservas actuariales y financieras para su otorgamiento, permite iniciar el proceso de modernización administrativa y consolidación financiera del instituto.

Las reformas jurídicas emprendidas implicaron, además una redistribución de cuotas que recibe el instituto que en un conjunto equivale al 25,75% del salario de los trabajadores ya que la ley establecía que:

25.75%, de salario.

8% debería destinarse a la atención a la salud,

0,75% a riesgos de trabajo,

5% al financiamiento de vivienda y el

12% restante a los demás seguros, prestaciones y servicios.

Y con la ley actual la asignación es la siguiente:

25.75 de salario

9,5% para la atención a la salud,

6% para el financiamiento de la vivienda,

1% para protección al salario (sistema de tiendas),

0,25% para pensiones e indemnizaciones a causa de accidentes y enfermedad del trabajo;

1% para créditos personales y el

8% restante para los seguros, prestaciones y servicios del instituto, los cuales incluyen la creación de las reservas actuariales (aproximadamente 5%), para pensiones e indemnizaciones globales, cuya constitución debe ser prioritaria.

Estas modificaciones trataron de hacer lo mas transparente posible, el destino de los recursos autorizados y que su asignación, caiga en aquellas prestaciones y servicios que inciden mas directamente en el mejoramiento del nivel de los trabajadores.

III.5.3 OTRAS PRIORIDADES DEL INSTITUTO.

Además de la atención a la salud, el programa institucional del ISSSTE tiene como prioritarias las prestaciones:

1. Pensiones, ya que existe la necesidad de garantizar que su monto sea por lo menos igual al salario mínimo vigente, como acto de justicia para quienes han entregado una vida de esfuerzos al servicio del estado.
2. Créditos para la vivienda, por constituir un derecho social básico en relación con el bienestar del trabajador y su familia.
3. Protección al salario (tiendas) y protección a la niñez (estancias de bienestar infantil), pues la primera apoya el poder adquisitivo del trabajador y la segunda ofrece a la madre trabajadora atención y un desarrollo sano para sus hijos.
4. En el ramo de prestaciones económicas se siguen otorgando créditos a corto y mediano plazo y el pago de pensiones. Además se da asesoramiento en los trámites relativos al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). El Fondo de Operaciones y Financiamiento a la vivienda otorga anualmente un promedio de cuarenta mil créditos hipotecarios a los trabajadores.
5. La prestación de los servicios sociales y culturales incluye la atención a los hijos de los trabajadores, la recreación y la cultura (abarcando: teatro, cine, club, exposiciones, conferencias y talleres que se llevan a cabo en todo el país).

6. En el rubro de servicios educativos del ISSSTE apoya a sus trabajadores derechohabientes a través de sus programas de educación abierta y de promoción de descuentos en colegiaturas. En educación abierta los niveles alcanzan hasta el bachillerato en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y el instituto Nacional de Educación para los Adultos . Por otra parte el ISSSTE gestiona descuentos en colegiaturas en ocasiones hasta el 70% en todos los niveles de estudios y en los mas diversos tipos de carrera.

El área de atención a la salud es responsabilidad directa de la Subdirección General Médica del Instituto. La que también se encarga de dar el apoyo necesario a programas preventivos y a las acciones de la terapia otorgada a los jubilados.

12 III.6 UN MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD: FINALIDAD DEL ISSSTE.

El ISSSTE, en su calidad de organismo público descentralizado, ha elaborado un programa Institucional, en el cual refiere a los seguros, servicios y prestaciones y compete al instituto administrar en beneficio de los trabajadores de la federación, amparado en el artículo 123 apartado B constitucional, de los trabajadores de los gobiernos de los Estados y municipios que convengan su filiación voluntariamente.

El programa institucional es considerado como norma y guía obligatoria para conducir el desarrollo del instituto, el marco general al que ciñe este programa comprende los principios rectores y líneas de la política nacional e institucional, las estrategias y objetivos generales, así como las metas, programas y proyectos prioritarios y objetivos generales que se ha propuesto cumplir el ISSSTE durante su administración.

En su calidad de instancia social del gobierno federal y de los trabajadores al servicio del Estado, ha hecho suyos los principios políticos del Plan Nacional de Desarrollo, así como el Nacionalismo Revolucionario, democratización integral, descentralización de la vida nacional, planeación democrática, renovación moral, desarrollo con empleo y combate a la inflación, en sus proyectos se siguen también la orientación de los programas sectoriales respectivos, que si cuestionamos, al Instituto, en la actualidad dejaría mucho que desear, por el abuso de espacios de éste, por el poder que en antaño se ha hecho, desde su creación, perdiéndose su esencia, así como la base y motivos de su creación.

El Programa Nacional de Salud es llevado por el área médica del instituto, las acciones realizadas tienen como fin el preservar y fortalecer al instituto, a recuperar su capacidad de crecimiento e iniciar cambios cualitativos requeridos para lograr un esquema de servicios mas justo, moderno y eficaz, pero sin duda la mala administración y corrupción desgastaron los principios, aunado a los problemas económicos y las frecuentes crisis por las que ha cursado el país

En la actualidad, la perspectiva del sector salud en relación a la calidad de la atención médica, incluye no solamente la incorporación oportuna de los avances científicos y tecnológicos, sino también propiciar una "cultura de salud", con un desarrollo organizacional, con la finalidad de lograr la satisfacción de los usuarios por un lado y la de los prestadores de servicios, por el otro.

III.6.1 LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL ISSSTE.

El concepto de la cultura organizacional, ha estado ampliamente en uso y definición desde un poco mas de medio siglo, aunque con diversos nombres, siendo tema de grandes controversias y de un profundo interés, sin embargo, muchos autores han tratado de homogeneizar tan variadas opiniones y aunque no se ha logrado un consenso, si parecen estar de acuerdo en grandes aspectos como los valores, la cultura, los grupos, las creencias, las expectativas étnicas, culturas generales y nacionalistas, así como culturas potentes o fuertes y culturas débiles.

Para nuestro fin, creemos que la cultura organizacional es el conjunto de valores actuales y deseados, que comparten la mayoría de los miembros del instituto y partiendo de ese concepto, creemos que no es posible encontrar la homogeneidad en el ISSSTE, ya que los miembros que lo conforman han llegado con valores, normas y creencias desarrolladas en otras instituciones, como la familia, la escuela, etc., que aunque se requiere una adaptación al nuevo ambiente del

instituto, no es posible que lo logren en poco tiempo (por ejemplo, un médico con valores religiosos y en contra de la planificación familiar, llevándolo a oponerse a los programas de esterilización masiva, por paridad o paternidad satisfecha, dentro del sector de la seguridad social) siendo difícil que asimilen valores de la organización a la cual se deben, que aunque los consideren importantes o prioritarios dentro del instituto, sólo toman aquellos valores que creen le son necesarios, y aunque el instituto hace hincapié por fomentar los esfuerzos, aunque no del todo han sido inútiles, los vicios y hábitos indeseables e incongruentes con los valores de la institución se han arraigado.

Por ello considero que un aspecto primordial en el cambio cultural, que la organización debe atacar y debió evitar asimilar, son esos valores ajenos (siendo el problema principal del ISSSTE).

La cultura organizacional del instituto ha sido específicamente manejada por una cultura dominante, que ha expresado los valores básicos de un partido en el poder y que quizás, desde su creación como instituto de seguridad social, por ende tiene y tuvo la existencia de un gran número de subcultura, ya que como sabemos, México no tiene una cultura uniforme o general, ya que siempre ha sido, inclusive desde los tiempos prehispánicos, un país con gran heterogeneidad cultural por la integración de culturas indígenas, discontinuidades educativas, diferentes niveles de urbanización, concentración industrial, interpretaciones del sistema político del cuerpo en el poder, valores personales del presidencialismo y centralismo, así como los valores institucionales y educativos (por ejemplo: "la mejor escuela o universidad es de la que yo egreso"), entre otros muchos rezagos, además la influencia que existe y ha existido en el país, hace que no haya una cultura o nacional, sino que existan diferentes culturas específicas y subculturas, restándole validez a un concepto nacionalista.

Por otro lado, las influencias concretas que implican los antecedentes históricos y geográficos del país con esto, se confirma que han existido y existen culturas potentes y fuertes, con influencias negativas y sin duda también positivas, que han dominado a las culturas débiles, teniendo una influencia substancial en la cultura organizacional del instituto.

La administración centralista mencionándola como una causa de influencia importante, pesa fuertemente en toda toma de decisiones.¹⁸

Aunque los valores ampliamente compartidos, han tomado fortaleza por varias décadas, que más que valores han sido antivalores, como culturas negativas, con lo cual se han creado conductas aberrantes, que se han salido del contexto de “cultura potente” que da una orientación altamente positiva, debiendo hacer un mejoramiento y superación de los individuos que integran al instituto, donde los principios culturales deben ser claramente definidos, sobre todo aquellos valores perfectamente jerarquizados, donde todos los miembros deban dar alta relevancia a cada cosa que integra al instituto, siendo el ISSSTE, la organización que más cambia a los integrantes de su cuerpo de gobierno, en el Estado, siendo el promedio del trabajo de su director promedio de 1.3 años desde su creación.

Es innegable que la cultura fortalece el compromiso de los miembros en el instituto, siendo conveniente tener una cultura fuerte que propicie la excelencia, la prosperidad y sobre todos, valores que se enfoquen al cambio, para contrarrestar una de las grandes desventajas de ella misma: cambiar cuando deje de ser lo adecuado para favorecer el progreso del instituto.

Esto en teoría parecer ser muy fácil, sin embargo en la práctica, suelen presentarse importantes obstáculos como la propia cultura, cuya función es la de darle estabilidad al instituto y donde es conveniente tomar conciencia que las

¹⁸ El Estado Ejecutivo, con su subcultura y cultura que lo integran, se hacen aceptar e imponen los principios organizacionales y con ello, ejerce mayor influencia en el comportamiento de sus miembros, creando inconformidades aún en los administradores de alto nivel, en las diferentes zonas geográficas del país.

actitudes hacia los cambios obedecen a una distribución normal, donde un porcentaje de trabajadores son innovadores y muy participativos, y cuatro de seis de los mismos asumirán un papel pasivo, pero uno de seis del grupo se resistirán al cambio, partiendo del principio de que cualquier cambio conlleva a una redistribución del poder, donde el innovador tiene como enemigos a todos aquellos que han tenido éxito durante la situación anterior y, lo único que puede esperar, es una falsa aceptación de sus compañeros en el ISSSTE siendo esto un cambio de

comportamiento y no de actitud. Otro problema es la identificación del número suficiente de innovadores para hacer y mantener el cambio, sin duda uno de los problemas principales es el proceso de implantación al cambio en sí, ya que implica realizar modificaciones en la estructura de la institución, manuales de organización, sistemas de reclutamiento, selección, capacitación, etcétera.

El cambio en el instituto no ha logrado impregnar de arriba hacia abajo, por los cambios de directivos, los cuales están sujetos a decisiones políticas y no de capacidad profesional (oposición) o de carrera hospitalaria, por un lado por no darles tiempo a ver el fruto de su gestión y por otro, porque el que "llega" implanta su cultura y actitud e interpretación de los principios y lineamientos institucionales, llevando de la mano la falta de líderes con ideas innovadoras, que tengan la visión y la conducta apropiada para implantar y culminar ese cambio organizacional, tan pretendido en el ISSSTE, presentándose un conflicto entre la cultura supuesta o la que el instituto debería tener o que manifiesta tener, y la cultura actual o real, que es la cultura que realmente está ejerciendo y no se ha considerado como una organización exitosa, por su incapacidad de enfrentar positivamente los actuales problemas que se presentan ante la competencia, que implica el desarrollo del país, no llegando a una cultura de calidad total.

III.6.2 DEFINICIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.

Los productos y servicios deben estar adecuados a los segmentos de mercado, es por ello que se deben identificar grupos homogéneos y ellos son los derechohabientes y con ello, definir las tecnologías médicas y científicas, que permitan satisfacer las necesidades sentidas y latentes, y tomando en cuenta esto, para efectuar compras de equipo y crear áreas de atención.

Si siempre se busca la satisfacción de los derechohabientes, la institución crea y reevalúa sus servicios, teniendo la oportunidad de eliminar algunos servicios y ofreciendo otros.

Sin duda aunque algo que no se contempla es el precio en el I.S.S.S.T.E., sin embargo, debe de tener una mezcla de mercado el interés del usuario derechohabiente en general, ya que el precio no debe ser tan elevado que sea inaccesible o tan barato que cause una pérdida o quiebra de la organización o institución, ya que los costos que tiene que hacer la institución al dar el servicio son elevados. Los costos fijos como los variables, deberían de darse al usuario para que tome conciencia de lo que cuesta a la institución, ya que consideran que él paga con sus cuotas todos los servicios y no esta conciente de los verdaderos costos, los subsidios que el instituto recibe para darle servicios de un nivel que quizás los derechohabientes ni siquiera se imaginan.

CAPITULO IV. HACIA LA MEJORA CONTINUA.

La organización debe obligatoriamente planear, dirigir y operar los procesos necesarios para el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad. La organización debe obligatoriamente facilitar la mejora continua del sistema de gestión de calidad, los objetivos, resultados de las auditorías, análisis de datos, acciones correctivas y preventivas y la revisión de la dirección.

La mejora continua es entonces un principio que se representa por la responsabilidad directiva, gestión de recursos, realización del producto y/o servicio, medición, análisis y mejora.

En nuestro tema, existen algunos antecedentes, entre los cuales se pueden citar, los siguientes:

- ❖ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que, en la década de los 50, inició trabajos aislados a través de la revisión de expedientes clínicos, creó la Comisión de Supervisión Médica e integró la Auditoría Médica, con lo que sentó las bases para la evaluación de la calidad de la atención médica y desarrolló modelos sistemáticos de evaluación de la misma.
- ❖ En la década de los 70, a partir de la experiencia del IMSS, adquirió mayor importancia la Auditoría Médica y también se iniciaron acciones similares en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- ❖ En la década de los 80, el Instituto Nacional de Perinatología, desarrolló una estrategia para la implantación de un programa de garantía de la calidad de la atención médica, mediante la formación de círculos de calidad. Al mismo tiempo, el Hospital General "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, realizó un estudio sobre satisfacción de usuarios y prestadores de servicios de salud y la Secretaría de Salud instrumentó círculos de calidad en el primer nivel de atención.

- ❖ En la década de los 90 la Secretaría de Salud, como organismo rector del Sistema Nacional de Salud, inició acciones normativas para la prestación de los servicios y la mejoría de la calidad. El Programa Nacional de Salud 1990-1994 incorporó, dentro del proyecto estratégico para el desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias (Sistemas Locales de Salud), el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, con énfasis en la atención primaria.
- ❖ Como parte del proceso de mejoría en la prestación de los servicios de salud, se diseñó el Modelo Mexicano de Acreditación de Hospitales; para tal efecto, la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud de la SSA, coordinó a un grupo representativo de los Hospitales Privados establecidos en el área metropolitana de la Ciudad de México, enfocado a la creación de estrategias que coadyuvarán a elevar la calidad de los servicios de salud proporcionados en las unidades hospitalarias.
- ❖ En agosto de 1994 la Ciudad de México fue sede del Seminario Subregional sobre Acreditación de Hospitales en el que, además de México, participaron ocho países de Latinoamérica, representantes de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en donde se presentó el Modelo Mexicano de Certificación de Hospitales.

Dentro de la actual administración, la Secretaría de Salud crea la Dirección General de Estudios en Economía de la Salud, que promueve la calidad en los servicios de salud y el uso adecuado de la tecnología disponible, bajo las estrategias de capacitación, generación de un sistema de información de calidad, formación de equipos de mejoría continua, evaluación comparativa y encuestas periódicas regionales y nacionales sobre calidad a usuarios y prestadores en cinco Entidades Federativas y en el Hospital General de México.

El Consejo Nacional de Salud propicia la instrumentación de estrategias y mecanismos para el establecimiento de acciones para orientar el proceso de descentralización, dar seguimiento a los compromisos contraídos por las unidades

centrales y los Estados y contribuir a la evaluación del avance y cumplimiento de acciones de programas dirigidos a la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Este Consejo integró cinco Comisiones de Trabajo; la Número 2 tuvo como tarea la integración del "Programa de Mejora Continua en la Calidad de la Atención a la Salud para la Descentralización de los Servicios a Población Abierta". En la reunión de agosto de 1995, se aprobaron 12 acciones para el mejoramiento de la calidad de los servicios y como producto de este Programa se diseñaron formatos informativos. A la fecha, diversas entidades continúan con la ejecución de estas acciones e informan periódicamente al Consejo Nacional de Salud sus resultados.

La mejora continua definida como una estrategia, que mantiene y mejora el estándar de trabajo y la proposición de un servicio (Oferta), mediante mejoras pequeñas y graduales, así como la innovación, produciendo mejoras radicales¹⁹.

En un México globalizado, no se puede permanecer ajeno en el campo de la administración pública y sobre todo, dentro del marco de la salud, a mejorar con sus recursos su producto terminado que es la atención a la salud. Es por ello que el presente estudio, establecerá la relación de las variables, tanto culturales como tradicionales en las propuestas para la mejora continua a la salud.

La reforma administrativa ha buscado la mejora continua, no solo en el área de la salud, sino en todo el proceso del poder Ejecutivo Federal. Con las propuestas de mejorar, es el Estado, quien busca conocer la eficacia de ésta dependencia oficial y es de esta manera, quién busca desde antaño tal fin; es, desde el México independiente, donde se inicia una propuesta organizada, ya que los procesos bélicos no permitían ningún proyecto o programas sociales a seguir y sin duda, esto es de comprenderse ante tal evidencia; posteriormente en 1917 con la expedición de la constitución, se busca en sus diferentes capítulos incrementar la

¹⁹ IMAI, Massaki, Kaisen. 1ª. Edición, sexta reimpresión México, 1992. Editorial C.E.C.S.A, página 24.

eficiencia de los servicios de salud, con la optimización de los recursos económicos.

El país no es ajeno a los movimientos externos de la economía, ya que influyeron las dos grandes guerras mundiales en la adaptación del sistema de salud ante el proceso económico dado, es por ello que los planes de mejoramiento en el proceso de salud ante una población cada vez más demandante, se tenía que tomar en cuenta y sobre todo por los recursos (cada vez más escasos) que cada vez se deben optimizar.

El movimiento revolucionario, sin duda da un marco de apreciación a la salud que obliga al uso racionado y accesible a la salud, siempre con la tendencia de la mejora continua, no solo de la salud sino de toda la administración pública.

La reforma administrativa del primero de enero del año de 1959, faculta al poder ejecutivo el estudio de las reformas requeridas para la administración del sector público.

El veintiocho de enero de 1971, se expide por la Comisión de Administración Pública, la cual fue transformada en Dirección General Administrativa, dependiente de la Presidencia de la República, la cual coordina globalmente los trabajos de la reforma administrativa, dándole personalidad jurídica a comisiones internas de administración llamados Comités de Calidad, los cuales dan apoyo a las unidades de salud y demás dependencias del sector público a partir del once de marzo²⁰ del mismo año.

Cinco años más tarde, estructurada la coordinación, se trata de alcanzar la mejora continua en el país, llevando un seguimiento y supervisión de la organización y funciones del sistema de salud.

²⁰ CARRILLO, Alejandro, "La Reforma Administrativa. Antecedentes, Estado Actual y Perspectivas". México, 1976. Instituto de Estudios Administrativos A. C. Página 37.

El establecimiento de la Comisión de Administración Pública, representó en México un proceso de mejora continua del gobierno federal, cabe mencionar que el esfuerzo que perdura al momento (desde su creación en 1958), ha ayudado al ejecutivo planeando, coordinando y evaluando, dentro del marco de desarrollo económico y social, las modificaciones o cambios que debe hacer la administración en la adecuación de la oferta a la salud.

La comisión, en sus orígenes, se encontraba muy relacionada y ligada al plan de desarrollo, lo cual permitió elevar la capacidad administrativa de los organismos públicos, entre ellos la de salud, procurando que de manera eficiente se elaborara, se aplicara y se llevara un control del plan Nacional de Desarrollo. Sin embargo, siendo cambiantes los procesos de mejora continua por las circunstancias, la oferta y la demanda, la cual prevé mecanismos ante la contingencia, haciendo que las condiciones se instrumenten diferentes; dando como resultado la institucionalización del proceso; este sin duda ya ha encontrado renuencia, desilusiones y lamentos en su aplicación, pero el Estado no ha cejado el máximo provecho para que el sector público continúe con su tarea, dando como resultado que la mejora continua sea un proceso permanente y sistemático.

En la mejora continua hay varios actores, los cuales deben hablar con un mismo tenor, ya que involucrados todos los niveles, las instituciones del sector salud y específicamente el ISSSTE, debe lograr un proceso dentro de la reforma administrativa, que diseñen los mecanismos, para que se involucren todas las autoridades del sector.

En la actuación de los circuitos de calidad que hagan a dichos actores expertos en el diagnóstico de la problemática y que formulen proyectos, para la mejora dentro de un proceso continuo, planeado y evaluando los planes que "oferten la salud de calidad".

Siendo la salud y la educación, dos campos inseparables para el desarrollo de un país, proporcionado solo el reto que ello implica, sino por el esfuerzo económico, la capacidad instalada y de operación, además del recurso humano, el cual debe tener para dar calidad, capacitación y el proceso para la elaboración de programas, que satisfagan las necesidades de los usuarios. Estos dos rubros, ponen en acción a varios integrantes que deben ser evaluados permanentemente, tanto por el recurso como por los resultados obtenidos, para no dar servicios de segunda categoría.

El sector de la salud, no deja de tener influencia de los conflictos laborales que frenan los programas, modificando la mejora continua. Sin embargo, se han buscado mejoras en el servicio a la salud, tratando de satisfacer las demandas de su mercado (derechohabiente). La salud, siendo una necesidad sentida, como seguridad social debe rebasar las expectativas de lo que el "cliente" espera y esa necesidad sentida, se ha convertido en demandas planteadas, que sin duda depende de varios factores cambiantes en un sector que se ha globalizado.

Desde 1955, con un diagnóstico previo que se traduce en la seguridad social "la mejora continua en los servicios de salud", que en Enero de 1977 se adquiere como compromiso, plasmándose en un documento que es difundido en todo el país. Siendo las autoridades de alto nivel las encargadas de supervisar y procurar el cumplimiento de la calidad, continúa siendo allí donde se analizan las fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades (FADO) de programas y donde se analizan, tipifican y jerarquizan los problemas, pero además se proponen soluciones y acciones para que con una metodología, sea aplicada como un proceso formal (la mejora continua) y satisfaga las necesidades cambiantes del usuario al servicio a la salud.

El ISSSTE, debe tomar el proceso de mejora continua como lo hizo el IMSS. y su sindicato en enero de 1999 y convenir que, el objetivo común y la misión son el

servicio a la salud para sus derechohabientes, con un pensamiento “La calidad total no existe, es una meta constantemente renovada”, ya que la calidad total esta en función de las necesidades de la sociedad derechohabiente a la que sirve. Ya que no es la satisfacción de los requerimientos individuales, sino que el producto de los servicios debe esforzarse para satisfacer las expectativas de los usuarios sobrepasándolas, como dice Deming²¹, llegando mas allá de lo que sus derechohabientes advierten y esperan, pero sin dejar de ver, que muy frecuentemente las demandas van mas lejos de lo conveniente y las expectativas, mas allá de lo posible.

Sin duda las empresas que prestan servicios presentan actitudes²², y el crecimiento no se ha debido al conocimiento del marketing, ya que más bien se debe al desarrollo de la economía y el mejoramiento del nivel de vida de la sociedad moderna, y resulta interesante investigar cual es el origen de esos cambios en éstas actitudes, dentro de las últimas dos décadas, pero que hay empresas aún tienen que recorrer un largo camino si quieren poner en practica el marketing y poder tener una orientación a un buen servicio y sumirse en la mejora continua. En la década de los ochenta muchas empresas adoptaron el concepto que hacía mucho tiempo se empleaba en Japón la Administración de la Calidad Total

Existen varias razones que explican actitudes, sobre todo en los servicios profesionales, ya que quienes prestan los servicios de salud, como productores o creadores de servicios, no son vendedores y que orgullosos de sus habilidades, piensan que no son hombres de negocios.

Y lo que es peor, los altos directivos de los hospitales no han entendido primero que es el marketing; segundo, como contribuye éste al éxito de las actividades del hospital y una prueba fehaciente de ello, es que no existe un puesto o ejecutivo

²¹ Op. Citada.

²² Stanton, W et al. Fundamentos de Marketing, Ed 11ª. McGraw-Hill. México 2000. Capitulo No. 19. Marketing de servicios en organizaciones lucrativas y no lucrativas.

encargado de la mejora continua, puesto que equivaldría a un vicepresidente de marketing de una empresa productora de bienes tangibles.

Con la propuesta que los consumidores plantean en los últimos años, vienen a colocar el marketing en una posición donde se pone de manifiesto una mayor y mejor competencia ante una economía deprimida como es la de nuestro país, haciéndose que se reconozcan los retos y las oportunidades en la industria de los servicios, aunque la empresa, como es el ISSSTE, se encuentra induciéndose lentamente ante las técnicas de la administración moderna, ante los cambios económicos y ello, hace necesario que los dirigentes tomen muy en serio el mercadeo mas eficaz de sus operaciones, mayormente ante la disminución de la ayuda recursos federal y ante las causas de generación de enfermedades con difícil control, como el SIDA, enfermedad de Alzheimer, la fármaco dependencia, el alcoholismo y enfermedades crónico degenerativas (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis) entre muchas otras.

El desarrollo de programas estratégicos de marketing, se han tomado en cuenta desde el punto de vista que los servicios de salud se venden de la misma manera que los bienes tangibles, creándose una selección de mezcla de marketing siempre analizado su mercado meta (los derechohabientes); sin embargo, dada las características de los servicios (intangibilidad, inseparabilidad, heterogeneidad y carácter perecedero) obligan a tomar tácticas y estrategias distintas a la del marketing de productos²³.

La identificación del mercado meta en la salud es idéntica a la de otros servicios y va también encaminado a tratar de predecir el comportamiento del usuario, sus motivos, sus hábitos, los determinantes psicológicos (motivación, percepción, actitudes y personalidad); que toman o adquieren importancia cuando van a solicitar el servicio a la salud, lo mismo se ha hecho en la conceptualización de la segmentación del mercado (especialidades), aunque parece olvidarse que los

²³ Ibidem. Pág. 570 – 572.

indicadores en la atención, no deben ser estandarizados en cada una de las especialidades o subespecialidades que prestan las unidades de atención a la salud, siendo de gran peso las estrategias de la segmentación para la organización y quizás, se han olvidado también los directivos de alto nivel, que hay dos mercados muy distintos que analizar: los donadores y los clientes (los que producen el servicio y los que lo reciben) y sin duda hay que analizarlos de manera detallada por separado, ya que no separarlos seguramente causará insatisfacciones en uno o ambos integrantes de los mercados (interno y externos).

La planeación del servicio y su desarrollo, requiere de programas para los donadores o generadores de los servicios médicos y otro para los clientes, ya que la intangibilidad y la incapacidad para almacenar los servicios, plantean retos cada vez con mayor complejidad, por lo que para tomar decisiones estratégicas deberá tomar en cuenta²⁴:

- Los servicios de salud que ofrecerá.
- Que estrategia de mezcla de servicios a la salud adoptará.
- Que características de imagen y seguridad tendrán los servicios de salud, y
- Como administrará la calidad de los servicios ofertados.

Aunque la calidad en el servicio es de difícil definición, debemos tomar en cuenta dos cosas: primero, el paciente es quién define la calidad y no el productor-vendedor y segundo, si la calidad del servicio no corresponde a las expectativas, puede crearse insatisfacción al usuario habitual a la salud y crear una imagen pésima de la atención a otros posibles usuarios que requieren de satisfacer su necesidad de salud.

Por ello los directivos deben determinar las expectativas del mercado al que se deben (meta) y esforzarse por mantener concientemente la calidad de los servicios, satisfaciendo las expectativas, basándose en una buena información, las

²⁴ Opus Citada. Páginas 574 a 578

IV.1 LA CALIDAD TOTAL: UN RETO A LA ACTITUD Y AL TALENTO.

En los inicios del siglo XXI, el cada vez más creciente y demandante tráfico comercial y económico mundial, obliga a todos los países a mantener óptimos niveles productivos y de calidad para que, sólo en esta forma, puedan mantenerse dentro del competitivo mercado internacional de productos y servicios. Esta situación se ha traducido en una necesidad generalizada de realizar cambios y profundas transformaciones que conduzcan hacia un contexto caracterizado por el establecimiento de normas que regulen, en su ámbito mundial aspectos tales como el control de calidad y permitan buscar replantearse e implementar métodos y procedimientos de trabajo más eficientes que faciliten conseguir los objetivos.

Para establecer la calidad integral, en nuestro país, se están implantando nuevas estrategias, entre las que se encuentran la adopción de modelos para la certificación en las organizaciones, con la finalidad de que cualquier actividad nacional, se desarrolle y alcance los estándares internacionales actualmente vigentes. Para lograrlo, se requiere dar satisfacción a una serie de requisitos y procedimientos establecidos para señalar el camino a seguir, que estandaricen los atributos con lo que las organizaciones deben contar para ser competitivas en el entorno mundial.

Partiendo del axioma, que la mala calidad, tiene un costo alto y siempre será mayor que cuando se ofrece un servicio de buena calidad, ya que cuando el derechohabiente califica al servicio como malo, pierde la confianza y busca otras alternativas, desprestigiando al instituto y a su personal y en el mejor de los casos, por los errores cometidos, hace que le reintegren los gastos efectuados por el mal

servicio, encareciendo el sistema de salud aumentando el rechazo del servicio tanto de sus derechohabientes y sus familiares.

Es por ello que una buena calidad de la atención médica, tiene apoyo de su población derechohabiente y ello repercute en beneficios tanto en costos, como en lo social y en otras acciones coligadas.

La medicina ha evolucionado en la última década del siglo pasado, teniendo un gran interés por evaluar la calidad de los servicios, ya que las instituciones que se dedican a la salud dan servicios en un grado diferente (mayor o menor), lo cual se ha podido medir estrictamente dando resultados estándares que llevan al mismo fin: la calidad en los servicios de salud. Un ejemplo de la gente que dio y propuso el interés por evaluar resultados de la atención a la salud, fue el Doctor Ernest Amory Codman, cirujano del Hospital General de Massachussets, el cual fue fundador del Colegio Americano de Cirujanos y ha luchado por:

1. La creación del expediente clínico estandarizado.
2. Seguimiento del paciente operado, para saber el resultado a mediano y a largo plazo y no solo al tiempo inmediato del acto quirúrgico.
3. Estudios comparativos entre instituciones con procedimientos similares, y
4. Ajustar los juicios de la enfermedad dentro de la comunidad médica.

Aunque al inicio no tuvo todo el apoyo, en la actualidad se ha ganado muchos adeptos²⁶.

En 1932, Lee Jones²⁷ hizo afirmaciones en el sentido de que la buena atención médica es la que realizan y enseñan los líderes de la profesión médica, en una determinada época, de acuerdo al desarrollo social y cultural de determinada

²⁶ El doctor al no tener promoción y no siendo tomada en cuenta la capacidad del médico sino la antigüedad, renunció al hospital, iniciando su propia empresa, aplicando sus ideas.

²⁷ CORDERA, A, BOBENRIETH, M. Administración de los Sistemas de Salud. Ed. Por los autores. México 1983.

comunidad, consideran al paciente integralmente obligando a una relación cercana entre el médico y su paciente, y esa relación coordina a otros servicios de apoyo

En 1940, el Colegio Americano de Cirujanos crea dos comités: el de tejidos y el de utilidad de las transfusiones, en 1950 el comité de antibióticos y poco después establece el grupo para evaluar la actividad profesional a la que se suman otros colegios en 1955, formando el Programa Nacional de Auditoria Médica, que fundamenta su actuar en la evolución de datos tal y como aparecen en el expediente clínico.

En 1960, al entrar casi en todos los países productos Japoneses y muchos de ellos de excelente calidad, obliga a muchas empresas a estudiar el fenómeno de calidad llevando a muchos empresarios, economistas, técnicos, etc, a viajar a Japón para estudiar este fenómeno.

En 1985, Ishikawa publica su famoso libro sobre el Control Total de la Calidad²⁸, dando como resultado múltiples estudios de su posible aplicación en el campo de la atención médica.

Después de la segunda guerra mundial, las técnicas de control estadístico y la definición de estándares de calidad para la producción de bienes y servicios, se vio que no eran las adecuadas y hace que se busquen mejores métodos de muestreo y análisis más confiables, estableciéndose en empresas Japonesas para operar con base en hechos y datos, siendo Ishikawa el que describe la secuencia del proceso y hace hincapié en que, para lograr la calidad total, se requiere cumplir con acciones críticas como:

²⁸ ISHIKAWA, Kauro. ¿Qué es el control total de Calidad?. Editorial Norma, Empresa y Empresarios, Colombia, 1986.

- a. Educación.
- b. Estándares basados en estadísticas. (Proponemos la medicina basada en evidencias²⁹).
- c. Participación total.
- d. Estímulos adecuados según la cultura del país.
- e. Evaluación de proveedores.
- f. Materia prima.

Ya que la calidad total es un apartado importante, se debe contratar a expertos, para organizar y mejorar el servicio a la salud.

En 1971, Kenneth Williams propuso que la comunidad participara en la evaluación de la calidad, creando el concepto de "Accountability" que es pedir cuentas a los prestadores de servicios y la medicina no se excluye de esta influencia, ya que los costos aumentan y la población se vuelve más exigente, además de que entran al juego del servicio a la salud, los economistas y los abogados, quienes consideran a la medicina un campo fértil para aplicar sus conocimientos, surgiendo las compañías de seguros que se preocupan por la calidad y los costos, descubriendo los médicos que una buena calidad de su trabajo les permite una vida mas tranquila, ya que servirán mejor a sus derechohabientes ganando su confianza y respeto.

En 1975 en los EE.UU., los abogados estimulan las demandas, que aunque ya existían, no en el número ni en la magnitud actual, con lo que responden los médicos con la llamada "Medicina defensiva", que aumenta los costos por la exageración de estudios paraclínicos y las ínter consultas con otros médicos y servicios.

²⁹ Estamos convencidos de la Medicina basada en evidencias.

El proceso de evaluación al servicio a la salud es sumamente complicado, dado que su aplicación solo es válida en hospitales o unidades similares y no es útil en otras de menor tamaño, organización y tecnología.

Robert Maxwell³⁰ señaló que la calidad técnica de los servicios médicos no tiene diferencia relevante en los países industrializados, pero el acceso a esos servicios depende de la organización social y por lo tanto, de los factores condicionantes de la salud, ingreso, empleo, vivienda, saneamiento, educación, alimentación y otros factores acorde al sistema político, económico y social de cada país.³¹

Avedis Donabedian publica su libro sobre calidad en 1980³², revisando los trabajos escritos hasta entonces, hace una síntesis³³, recuerda la dificultad para definir la calidad y define la atención médica en relación con la prestación de los servicios, concepto aplicado sobre el medio privado de atención en su país, ya que la prestación del servicio es un medio para lograr la recuperación de la salud, dentro de los sistemas privados o llamado comercial-competitivo, que puede ser la prestación del servicio un fin, siendo la atención médica una parte ciencia y otra arte, según éste autor, donde la calidad del servicio puede ser descrito desde el punto de vista individual o social, este último, un producto primordial la organización de la atención, porque incluye la definición de necesidades, la selección de prioridades, el desarrollo de programas, financiamiento y el control de actividades para evaluarlos.

³⁰ MAXWELL, Robert. *Health Care: The Growing Dilemma*, Ed. Mckin Sey and Co. New York 1975

³¹ En 1975 publica su estudio, hoy clásico para medir resultados en 22 países industrializados.

³² DONABEDIAN, A. *The definition of quality an approaches to it's assessment* Health Adam Press. University of Michigan. Ann Arbor, 1980.

³³ Trabajo de síntesis, que obliga a todo interesado en el complejo tema de la calidad de la atención médica.

Donabedian hace notar que el expediente clínico no capta lo que se le hizo al paciente ni lo que debería haberse hecho y propone lo siguiente, para obtener datos:

1. La estructura del equipo y los recursos.
2. Las actividades que se llevan a cabo durante el proceso.
3. El resultado que se debe analizar y especificar con gran precisión.

Ésta evaluación sólo se utiliza en los hospitales, pues parece difícil medir la atención ambulatoria, ya que no hay episodios de enfermedades definibles, no se dan altas, no se comenta el diagnóstico específico y frecuentemente se carece de una codificación estadística, así mismo el registro médico en el expediente clínico no es uniforme, raramente es completo y no existe auditoria ni otro tipo de evaluación, el médico no sabe si el paciente cumplió con las indicaciones y el paciente no tiene seguimiento constante, así mismo la gravedad de las enfermedades es muy variable y en la consulta de primer contacto, el médico institucional con frecuencia suele no ser el mismo.

Sin embargo, se ha creado una técnica para evaluar la atención ambulatoria por:

- a. La observación directa, por un médico visitador.
- b. La revisión por pares, con criterios implícitos
- c. La revisión por pares, con criterios explícitos.
- d. Método de los trazadores o marcadores.

Es hasta 1982, donde la garantía de la calidad a los servicios a la salud toma carta de naturalización, señalando la necesidad de especificar los recursos, evaluando primero y después mejorando la eficiencia y la efectividad de los servicios.

En 1983, el epidemiólogo Jakin Wennbers, de la escuela de medicina de Darmouth, describe que cada hospital tiene una mezcla o perfil de casos (case mix), diciendo que es un fenómeno por el factor del estilo de la práctica médica, ya que comparó dos hospitales de tamaño similar en una área geográfica idéntica teniendo admisiones y egresos completamente diferentes, siendo las diferencias mayores, por supuesto, si las unidades están en otras ciudades y regiones diferentes

También describió que los servicios a los pacientes en unas son excesivos y en otras insuficientes, siendo interpretado por él por el cómo de mala utilización, donde cada médico utiliza los recursos de su hospital o donde labora y se convence que los recursos son los mejores, haciendo diagnósticos que considera también como los mejores.

En 1983, también se publicaron en la Universidad de California, de San Francisco, lo que los médicos piensan de la calidad. Aquí enumero algunos:

- a. Predomina, en los médicos, que un mayor número de actos médicos es igual a mejor calidad, pero esto significa costo más alto.
- b. La demanda de atención médica es más importante que las necesidades sociales.
- c. Los juicios legales seguirán siendo una amenaza y el médico debe aprender a defenderse, por medio del expediente clínico, las ínter consultas y los exámenes diagnósticos, aunque parezcan excesivos. ---
- d. Cada médico cree que su práctica profesional es mejor que las de sus colegas, de ahí que no admita críticas.

- e. La educación profesional que él recibió es la más completa posible.
- f. Es indispensable contar con conocimientos financieros y fiscales para ser competitivos.
- g. Es necesario participar en programas educativos, ya que dan prestigio.

IV.2 CONTROL TOTAL DE LA CALIDAD.

Algunas veces nos referimos al concepto de Administración por Calidad Total, se ha convertido en el pilar fundamental de las organizaciones para enfrentar el reto del cambio de paradigma en la forma de hacer negocios o de dar un servicio. Este cambio no es un hecho aislado que ocurre en el tiempo, a partir del cual simplemente las cosas son diferentes. El cambio de paradigma se refiere a un proceso de constantes cambios que ocurren en lapsos muy cortos y a los que las organizaciones deben adaptarse rápidamente para seguir siendo competitivas.

Las razones que obligan al cambio son muchas: los avances tecnológicos en la manufactura, en la informática y en las comunicaciones; la evolución de los sistemas económicos y financieros mundiales; los dramáticos cambios sociopolíticos que están sacudiendo al mundo desde fin del siglo XX; la maduración de muchos de los segmentos de consumidores en todo el mundo; la misma fuerza que ejercen en las organizaciones en los mercados en su intento por seguir siendo competitivas dentro de ellos, y muchas otras causas.

Todo este proceso de constantes cambios empezó a tomar importancia al término de la Segunda Guerra Mundial y, en forma curiosa, son los países directamente involucrados que hoy entablan una férrea lucha por dominar los mercados mundiales, además han generado el conocimiento más importante del que se disponen para la administración y operación de organizaciones altamente

competitivas: Estados Unidos y Japón. Fue en aquel país, y después en éste, por influencia estadounidense, donde se empezó a gastar esta revolución de la calidad que ahora se empezó a gestar esta revolución de la calidad que ahora se ha esparcido por el planeta. En Estados Unidos, los principales autores y precursores de los conceptos modernos de calidad total son Philip B. Crosby, Edwards W. Deming, Armand V. Feingenbaum, Joseph M. Juran. En el Japón encontraremos como principales autores a Kaoru Ishikawa, Shigeru Misuno, Shigeo Shingo y Genichi Taguchi.

Uno de los libros, sin duda, más discutidos y comentados en el tema de la calidad y que ha sido referencia obligada, para todo aquel que desea lograr un producto o servicios y para el mismo generador del servicio, es el escrito por Kaoru Ishikawa³⁴, quien describe que el Japón derrotado en la segunda guerra mundial estaba en ruinas en el año de 1945, no existía ya ninguna industria y la carencia de alimentos era substancial, como la del vestido y la vivienda, los pocos productos que llegaban al mercado interno estaban desprovistos de calidad y los costos de producción de la poca industria eran elevados, se vivía la época de productos malos y baratos, sin duda en el campo de la administración, utilizaba antiguos métodos, como los propuestos por Frederick Taylor, o sea la administración ingenieril, quienes formulaban normas técnicas y laborales, esperando que los trabajadores solo se limiten a seguirlas.

Por otro lado, las fuerzas de ocupación norteamericanas ante los múltiples obstáculos que afrontaban, sobre todo en el terreno de las comunicaciones, instruyeron a esa industria japonesa para que empezara a aplicar métodos estadísticos para el control de la calidad en mayo de 1946: sin embargo, esto creó problemas, ya que las fuerzas de ocupación impartieron sus enseñanzas transfiriendo el método norteamericano sin ninguna modificación apropiada para el Japón.

³⁴ ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué es el control total de Calidad? Editorial Norma, Empresa y Empresarios, Colombia 1986.

El doctor Kaouro Ishikawa, presenta un panorama industrial y cultural en el cual el uso de los métodos estadísticos es el eje medular, que vincula a la empresa y su quehacer.

En la actualidad, es bien sabido que el control de calidad empieza con el control de la materia prima. En el desarrollo de éste principio está el origen de la alta calidad de los productos, y en efecto no puede asegurarse o garantizarse la calidad de un bien o servicio si la materia prima es defectuosa, esta premisa para el control de la calidad total es irrefutable, así mismo, lo es su control estadístico y la satisfacción del cliente.

El control de la materia prima sigue el control del proceso, pues aquí se encuentran los factores causales. Éste enfoque prevé los problemas y los evita antes de que ocurran. Sin duda, el número de factores es infinito, por lo que, de acuerdo con al idea de Pareto (80/20), hay que identificar los más importantes, que habitualmente son pocos y controlarlos.

La garantía de calidad implica adelantarse a los clientes para determinar sus necesidades y desarrollando nuevos productos que las satisfagan, además de convencerlos a que los compren, que los demanden y sobre todo lograr que los usen con plena satisfacción.

Ishikawa enfatiza desde el punto de vista del cliente, que el directivo no debe permitir que el aliciente de una ganancia rápida para su empresa, le impida hacer una recomendación correcta, desprendiéndose de aquí otra premisa fundamental del control de la calidad total que es la plena satisfacción del cliente.

Kaouro Ishikawa, insiste que en el proceso estadístico se hable de datos y que las técnicas estadísticas, no tienen que ser sofisticadas para resolver problemas, ya que la eficiencia se basa en la oportunidad y capacidad para utilizar los datos,

para una estimación estadística que es un aspecto medular del control de la calidad. Por eso el empresario debe desarrollar su capacidad para pensar de una manera siempre referida a la estadística, a fin de emplearla en el análisis del proceso y relacionar los factores causales y los efectos, tales como son la calidad, el costo y la productividad.

La estadística que es usada en el Japón, es utilizada en todo el mundo, por presidentes de empresas, miembros de consejos de administración, gerentes, supervisores y aun los trabajadores de línea, siendo las técnicas mas usadas las de muestreo, hojas de verificación, histogramas, diagramas de dispersión, análisis de correlación, gráficas y cuadros de control. Sin embargo algunas otras organizaciones usan más complicadas. La industria japonesa se ha convertido en un paradigma de productividad, competitividad, confiabilidad y sobre todo de calidad, ya que los industriales japoneses han logrado una armonía total entre la gente que produce los bienes y servicios, lo cual consideran ellos como la causa de su éxito, esto ejemplificado por el doctor Ishikawa en su libro³⁵.

Los japoneses antes de 1945, no conocían las técnicas estadísticas de control de calidad y parece paradójico que los técnicos norteamericanos son los que les dieron cursos para enseñarles las técnicas que habían utilizado en su país durante el periodo bélico.

³⁵ El Dr. Ishikawa menciona que en una reunión de ejecutivos de CBS/SONY, con visitantes extranjeros acerca del estado de la economía japonesa, uno de ellos refirió "Últimamente hemos tenido muchos visitantes de los Estados Unidos y Europa, que desean observar nuestra tecnología de fabricación de discos fonográficos. Saben que nuestros discos suenan mejor, pero cuando visitan la planta descubren que empieamos la misma tecnología, prensa y materias primas. Algunos insisten que tenemos secretos y piden que les dejemos inspeccionar los residuos, con la sorpresa que no encuentran nada diferente" según lo que nos refiere el doctor acerca de que no encontrarían nada diferente, ya que la diferencia de la calidad del sonido no proviene de las máquinas, sino de la gente.

Siendo uno de los más destacados consultores W. Deming quien, en 1950, difundió sus conocimientos del control de calidad estadístico que había tratado de aplicar en la década de los treinta, en los Estados Unidos, sin éxito³⁶. En 1954 el Dr. J. M. Juran introduce en Japón el concepto de control de calidad al nivel de las actividades administrativas, proponiendo que fuese una actividad empresarial.

Sin duda el control de calidad ha tenido mejores resultados en el Japón que en otras partes, debido a que el modelo japonés ha insistido en la participación de todos, desde el presidente de la empresa hasta los obreros, pero lo cierto es que el control de calidad es una revolución de la gerencia, ya que cuando ocurren los errores del 65 al 80% de la responsabilidad es de ella.

El doctor Kaouro Ishikawa, establece que el control de calidad Japonés es:

- I. Una revolución conceptual de la gerencia.
- II. Hacer lo que se debe hacer en toda la industria.
- III. El control de calidad que no muestra resultados no es control de calidad.
- IV. Empezar con educación y terminar con educación.
- V. Ofrecer educación continua para todos, desde el director hasta los obreros.
- VI. Aprovechar lo mejor de cada persona.
- VII. Cuando se aplica la calidad total, la falsedad o el disimulo desaparecen de la empresa.

³⁶ En una planta de Acero que representa lo último en la tecnología del acero, la Nipón Koban K. K. se observa a los obreros de la planta reunidos en pequeños círculos de calidad, donde comparten sus conocimientos, hablan de problemas que han surgido y se ayudan unos a otros en búsqueda de soluciones, los obreros se comunican abiertamente con sus supervisores e ingenieros, y frecuentemente las sugerencias de un obrero son aceptadas por encima de las de algún ingeniero.

Por otro lado considera que la esencia de la calidad total consiste en:

1. Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, más útil y siempre satisfactorio para el consumidor.
2. Alcanzar eficiencia de trabajo, del servicio, de la información, de la división, de las personas incluyendo a los trabajadores, ingenieros, gerentes y ejecutivos, de la empresa y de los objetivos. En resumen: en todo.
3. No podrá haber calidad, si el que manda no tiene calidad.
4. El control de calidad sin acción es pura palabrería.
5. No se puede definir la calidad sin saber lo que requieren los consumidores y sin conocer los costos.
6. Recordar que las exigencias del cliente varían de un año a otro.
7. El ideal de calidad se tiene cuando ya no se necesita la inspección.

Toda organización que asimile a la filosofía de la calidad, debe tener presente que es necesario:

- I. Asegurar la calidad de un producto o servicio, de modo que el cliente pueda comprarlo con confianza y utilizarlo largo tiempo con tranquilidad y satisfacción.
- II. Se requiere de largo tiempo, habitualmente de diez años y mucho esfuerzo compartido de toda la organización, para ganar la confianza en el producto o servicio por parte del consumidor; en cambio basta un día para perderlo.

- III. La calidad es una parte del producto que hay que incorporar dentro de cada diseño y cada proceso. La calidad no se puede crear mediante la inspección. Los inspectores son personal innecesario que reduce la productividad global de la empresa, no fabrican nada.
- IV. Lo más importante en el control y la garantía de calidad es impedir que los errores se repitan y eliminar la causa o las causas básicas, no los síntomas.

Por lo anterior, consideramos que el control de calidad significa que, el control es de la administración de toda la empresa, ya que todo individuo en cada división deberá estudiar, practicar y participar en el control de calidad, que es una administración con hechos, basada en el respeto por la humanidad y que es una disciplina en la que se combinan el conocimiento y la acción.

Por ello, la organización, debe implantar el control de calidad para que puedan funcionar los círculos de calidad, ya que son un medio para alcanzar este control, siendo un pequeño grupo que desarrolla actividades voluntarias de control de calidad dentro de un mismo taller, con el propósito de contribuir al mejoramiento y desarrollo de la empresa; sin embargo, un requisito para iniciar las actividades de los círculos de calidad es que la empresa, implante el control de calidad. Ellos no pueden existir ni aislados ni independientes, pues aún si tuvieran éxitos inmediatos no serían un logro real.

Por lo que es aconsejable que los integrantes del círculo pertenezcan a la misma área de trabajo, que desempeñen tareas similares, con el fin de que conozcan bien los problemas; en cuanto al número de integrantes, lo ideal es que no sean más de siete u ocho personas. Es cierto que las actividades son voluntarias por naturaleza, pero requieren del apoyo de quienes ejercen las funciones de supervisión y no de inspección, empleándolas aquí para designar las que desempeñan los gerentes, los jefes de división y sección.

Cada círculo se ocupa de varios problemas, escoge su propio tema con independencia y luego se dedica a la tarea de resolver los problemas que ellos definieron. En general, las juntas son una por semana, con una hora de duración. Presentando la guía siguiente como una propuesta útil para la reunión de el círculo de calidad y que llamaremos: "Historia del Círculo de Calidad:

1. Escoger el tema.
2. Fijar metas.
3. Aclarar las razones por las cuales se escoge dicho tema.
4. Evaluar la situación actual.
5. Analizar e investigar las causas.
6. Establecer las medidas correctivas y ponerlas en acción.
7. Evaluar los resultados.
8. Estandarizar y prevenir errores y u repetición.
9. Agregar un repaso y reflexión.
10. Definir la planeación para el futuro.

Sin duda lo más importante del control de calidad total, es el control estadístico de la materia prima, del proveedor y la satisfacción del cliente. Sus actividades pueden y deben tener éxito en cualquier parte del mundo, siempre y cuando se respeten sus principios básicos. Ya que la meta a arribar es producir artículos buenos y baratos en gran cantidad mediante la realización de una consolidación de la economía de la empresa y crear exportación, una vez que la empresa u organización descansa en una economía sólida se puede esperar que la riqueza generada se reparta en tres partes: entre los consumidores, los generadores de productos y servicios y los inversionistas, ya que esto tiene una finalidad: el progreso continuo en el nivel de vida, ya que el círculo de calidad jamás debe de operar solamente en beneficio de la organización, debiendo tener como meta mejorar la capacidad de los trabajadores, ayudarlos a su desarrollo y mejoría y

una vez logrado esto, la dignidad de la gente en relación con su trabajo y ello conllevará hacia la excelencia.

IV. 3 OBSTÁCULOS EN LA MEJORA CONTINUA EN EL ISSSTE

Indudablemente, la participación del individuo en un equipo de trabajo, por lo general, sigue ciertas líneas más o menos estables y corre a través de ciertos cauces, presentando ciertos estilos peculiares de acuerdo a las personas y sus caracteres, estos estilos se conocen como papeles o roles, en el ISSSTE se juegan dos importantes:

- a. Papel o rol de tarea. Se refiere directamente al trabajo desarrollado, o sea, el de atender pacientes haciendo promoción, de alguna forma prepara su presupuesto para los pacientes atendidos y recursos a usar en los mismos, así mismo realiza cierto arqueado o auditoria de los recursos que usará para el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes, inclusive para normar estrategias ante la falta de ellos (ante la falta de un medicamento por ejemplo un analgésico desinflamatorio como el meloxicam, tener en cuenta otro tipo de aines como el diclofenaco, y no dejar al paciente sin manejo) .
- b. Rol o papel de relación. Se refiere al proceso humano de los grupos, que integran los procesos para el servicio a la salud, ya que hay personas que juegan el rol armonizador, fijadores de normas, evaluadores de programas, entre otros.

Aunque sabemos que los fenómenos que se presentan son altamente positivos, porque los roles o papeles encausan la participación de los miembros, facilitan la acción y hacen predecible la conducta, también presentan “el reverso de la moneda”, limitando a las personas cuando éstas se “casan” en forma indisoluble o un rol, por lo cual, una discreta flexibilidad en la que cada miembro puede desplazarse a través de varios papeles, es una buena plataforma de eficiencia

personal. Los integrantes del “equipo de salud” pueden mejorar las interrelaciones del equipo, fomentando una perspectiva amplia, reforzando las relaciones con otros equipos y ofreciéndose como voluntarios para proyectos inter departamentales (ejemplo: ser ponente en una platica de capacitación o de mejora en los servicios) involucrándose en asuntos que atañen a la organización.

A continuación se señalan algunos obstáculos para la integración de un equipo de trabajo efectivo:

- a. Motivación predominante de poder.
- b. Desinterés por las metas comunes, o sea el deseo de lograr prestigio o logros personales e individuales.
- c. Fallas en la comunicación efectiva. Ante la falta de objetividad, sinceridad e integración de los procesos de comunicación grupal, se ha desarrollado rompimiento de los canales adecuados o ejes de comunicación, inclusive elementales.
- d. Resistencia al cambio. Este ha sido sin duda una de las causas graves en la dificultad y desarrollo laboral para el trabajo conjunto. Los equipos, que han madurado ante el cambio sobrevivirán, o si es de otra forma iran rotundamente al fracaso.

IV.4 PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA.

Desde mi formación como médico especialista en el sector salud, y especialmente en el hoy Hospital General “Tacuba” del ISSSTE, antes Hospital de Hacienda y Crédito Público, en la Ciudad de México, en 1987, he conocido su infraestructura, organizacional y niveles jerárquicos, ya que desde estudiante de la especialidad, además de que he tenido la oportunidad de formar parte del cuerpo administrativo, con mi designación como médico de base en la unidad hospitalaria a la clínica hospital “Dr. Ismael Vázquez Ortiz”, de la capital y estado de Querétaro, en el año de 1991. Cuatro años mas tarde que formé parte de las decisiones en la atención a

la salud, como coordinador médico, encargándome de la supervisión de las actividades y programas en la atención a la salud que el hospital proporciona como segundo nivel, por medio de las especialidades básicas: como son pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general, medicina interna y el servicio de urgencias, así como de 24 subespecialidades que se desprenden del área troncal que son ellas, y que se aplican en la consulta externa de la misma unidad.

Ello me dio la oportunidad de ver con la óptica del puesto y de la administración, la atención a la derecho habiencia, así como el grado de satisfacción e insatisfacción de los mismos pero además, la actitud del factor humano que presta el servicio a la salud y por otro lado, las fortalezas y debilidades de la infraestructura de la unidad, ante la demanda y oferta en la prestación del servicio.

En 1995, fui propuesto, por primera vez en la vida de la unidad, como director médico por oposición teniendo otra panorámica, que el nivel del puesto y de la toma de decisiones lo permitía, y no sólo las repercusiones que el "bombardeo" de los múltiples programas para el mejoramiento de la atención de la salud de los derechohabientes, sino además de la actitud que el promotor de la salud (servidor público) adquirió, y que por un lado, éste último, se le presiona dentro de un marco legal con una norma del expediente clínico, NOM-168-SSA1-1998, la cual indica todo un marco "legaloide" que el médico debe cumplir para soportar dentro de un marco jurídico y como documento médico legal, su actuar como persona jurídica en la prestación del producto terminado que es el "servicio de salud", que sin duda consume tiempo y esfuerzo el cumplir con éste requisito y por otro lado, dejando al médico en medio de dos muros de presión, un indicador de salud para el segundo nivel de atención, donde el médico debe de atender a tres pacientes por hora, o sea uno cada 20 minutos, donde el tiempo para aplicar la norma es insuficiente, estudiar al paciente portador una unidad nosológica, la cual amerita un protocolo de estudio y establecer una terapéutica apropiada, que deje satisfecho al usuario de los servicios de salud y por otro lado, con el tiempo adecuado del prestador de los mismos, para atender a los citados posteriormente.

Quizás el tiempo que se emplea para atender al paciente subsiguiente, un intervenido quirúrgicamente y que acude solo para retiro de puntos de sutura, que solicita solo una receta de medicamentos de continuación, de un paciente crónico o de complemento de tratamiento de la especialidad, etc., quizás el tiempo estipulado de 20 minutos en su atención pudiera ser suficiente, aunque esto lo cuestionaría, ya que un paciente no solo requiere de la receta, retiro de puntos quirúrgicos, revisar la involución uterina en una paciente posparto sin complicaciones, la obtención de datos clínicos del crecimiento y desarrollo de un paciente pediátrico sano o revisar exámenes de laboratorio de un paciente diabético controlado; el paciente requiere mas que eso y ello crea insatisfacción, que dentro de varios apartados, entre los que encontramos: los tiempos prolongados en la espera de la consulta, que contrasta con un tiempo limitado, corto e insuficiente en la revisión y la atención del paciente, por el indicador de salud que estipula el tiempo máximo de atención del solicitante del servicio a la salud, en general para todas las especialidades que en el segundo nivel de atención se ofertan.

Lo que he observado a la fecha y desde la coordinación de enseñanza e investigación, anterior puesto que ocupe dentro de la clínica hospital, fue que cada especialidad y subespecialidad debe tener un tiempo de atención, individualizando al paciente proporcionándole a cada uno un tiempo y espacio adecuado desde la especialidad troncal y sus subespecialidades dependientes, ya que dentro de las vastas entidades nosológicas, existe una gran complejidad para dar una atención adecuada y de calidad, en el producto final que es el "servicio a la salud".

Poniendo un ejemplo: un pediatra al atender a un niño sano, el tiempo que invierte es diferente que cuando valora y establece un protocolo de estudio de un niño con una entidad nosológica determinada existente dentro de la gran gama de la ciencia pediátrica, comparando el tiempo con un neuropediatra que valora al mismo niño inclusive, el tiempo que aplica un neurocirujano, que estudia al mismo

niño y que le es detectado un proceso neuroquirúrgico por el especialista anterior, es por ello que los tiempos y movimientos no son los mismos con el mismo paciente pediátrico, los cuales han aumentado progresivamente al ser visto desde la especialidad troncal, que es la pediatría general y que detecta el padecimiento, hasta el subespecialista o sea del neurocirujano, el cual emplea mas tiempo, ya que su exploración es mayormente minuciosa, con la finalidad de resolver el problema.

Al ingresar a la maestría en Administración, fui obteniendo herramientas administrativas, las cuales hacen que vea a mi organización con una óptica, donde las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas, se magnifican ante mi actuar, por lo que hace que mi actitud sufra un viraje y la necesidad de que no solo me comprometa, sino que me involucre en un cambio y, que de a la institución, otra imagen que por varias décadas ha ido en deterioro para al mayoría de los usuarios e incluso, para los mismos prestadores de servicios, e inclusive que halla perdido competitividad con otras instituciones del sector salud.

Es por ello que en una de las materias: “Administración de los procesos de producción”, elabore un trabajo sobre la “teoría de colas” que aplique específicamente en el laboratorio clínico de la unidad, cambiando en esencia la eficiencia del servicio, disminuyendo el tiempo de espera y por ende, repercutiendo en la mejora en la atención de dicho servicio, estando a la fecha funcionando con la estrategia establecida como resultado de ese trabajo, que sirvió como requisito para una calificación en alguna etapa en devenir de la maestría.

Es indudable que existe bajo grado de satisfacción en atención médica, desde el punto de vista del usuario, en la Clínica Hospital Dr. Ismael Vázquez Ortiz, consecuentemente por los tiempos prolongados de espera, en la consulta externa y el servicio de urgencias, así como la nula o raquítica información proporcionada

al paciente como a los familiares, por parte del médico, de la entidad nosológica, diagnóstico y su tratamiento

Así el tiempo prolongado en la sala de consulta externa y el servicio de urgencias, se encuentra condicionada por múltiples factores internos y externos, que bien pueden atribuirse a deficiencias en la organización, los procedimientos de los servicios prestadores de la atención médica, pero además los inherentes a los generados por el propio usuario, entre otros.

IV.5 JUSTIFICACION Y OBJETIVOS.

El ISSSTE como prestador de servicios médicos, debe mejorar la “calidad” de su atención a su consumidor, los cuales son sus derechohabientes.

El tiempo de espera en los servicios médicos que presta el ISSSTE, considerado como el tiempo transcurrido entre el momento que el consumidor solicita la consulta, o si se encuentra citado, y el momento en que pasa para ser atendido en el consultorio por el médico del servicio solicitado, por lo que es un indicador que demuestra la eficiencia y calidad en los servicios prestados, su medición muestra variantes, por lo que se hace imprescindible el apego al concepto anterior, ya que los resultados obtenidos por encuesta directa, da resultados desalentadores, ya que no se encuentra en valores óptimos o deseables.

En el servicio de urgencias el tiempo de espera, corresponde al lapso desde que el usuario que se presenta con un padecimiento agudo real, al servicio y solicita atención en la recepción hasta el inicio del otorgamiento de la misma, como es obvio, un retraso en el proceso de atención a la salud, trae como consecuencia complicaciones y agravamiento, con las consecuentes secuelas que bien pueden evitarse con una atención en tiempo y espacio adecuado.

La definición de información al paciente y sus familiares o acompañantes sobre su padecimiento, diagnóstico y tratamiento debe ser, por parte del médico de la unidad de salud sobre su estado de salud, diagnóstico, así como las alternativas de tratamiento educativo, farmacológico y del control relacionadas con el paciente, lo más completa posible, veraz, oportuna y en lenguaje que el paciente comprenda, así como sus acompañantes, por lo que es importante la participación activa del usuario en el tratamiento que se indique, a fin de solucionar o controlar su padecimiento y satisfacer sus expectativas de salud y con esto, contribuir a la disminución de costos de la atención, ya que el motivo principal y necesario, es el análisis de los factores que debilitan la calidad de atención, lo que debe asegurar la participación del paciente en su recuperación con medidas prácticas que aseguren su interacción con su padecimiento y su recuperación.

Es indudable, y he observado durante varios años como trabajador de base y desde un puesto de confianza, que un prestador de servicio confiable, al encontrarse dentro del proceso de producción de servicios y estar bajo un trato privilegiado, dará una atención de calidad y de trato amable, más sin embargo, mientras se encuentre bajo distracciones y presiones para el ejercicio su trabajo, limitará sus esfuerzos y actitudes ante cualquier modelo de programas de mejora continua, ya que por un lado tiene normas y procedimientos institucionales con compromiso político, donde no lo toman en cuenta para las mejoras en sus servicios así como para la toma de decisiones, haciéndole quedar en medio, tanto del compromiso de dar un servicio de salud de calidad y por el otro los múltiples programas y compromisos político-institucionales, adquiridos por ésta última, afirmando y, lo peor de todo, estar convencido el servidor público de que la "salud y la política son como el agua y el aceite".

Por lo anterior, la insatisfacción que existe entre los múltiples participantes en la aplicación y recepción de los servicios de salud son multifactoriales, donde por un lado existe responsabilidad, compromiso e involucramiento y por el otro encontrar

la honestidad y la cultura de aceptar la realidad económica, social, política y financiera de un país que arrastra rezagos históricos importantes en la política social, en la que todas las partes estén comprometidas con el “producto terminado” que es “un servicio de salud perfectamente esférico” e inclusive, analizar la parte del estado encargado de la vigilancia para que esto se dé, vigilando y supervisando todos los recursos que maneja, ante el resto de los que conforman e integran la administración, proceso y aplicación de una salud de calidad.

Entonces tendremos como objetivo observar la repercusión de programa de mejora continua en el servicio de atención médica de la población derechohabiente en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, específicamente en la Clínica Hospital de la Capital y Estado de Querétaro “Dr. Ismael Vázquez Ortiz”, consistiendo en esencia “La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, establecida por el gobierno Mexicano, encabezado por el Licenciado Vicente Fox Quezada, que utiliza los siguientes indicadores:

- a. Tiempo de espera en la consulta externa.
- b. Tiempo de espera en el servicio de urgencias.
- c. Surtimiento de recetas.
- d. Satisfacción del usuario.

El plan no toma en cuenta las repercusiones en la eficiencia, actitud y por ende la productividad del servidor público, el cual analizaremos mediante una metodología.

El programa, aplicado a los servicios de la Clínica Hospital presenta ciertas características, tanto por los recursos, tipo de paciente, con una mayor cultura médica y politizada (un gran porcentaje de los derechohabientes son trabajadores

del magisterio), con intereses propios e institucionales (Secretarías o dependencias al servicio del Estado) que aplicado a los diferentes servicios son:

- Mejorar la atención a los usuarios del servicio médicos reduciendo los tiempos de espera, que en promedio es de tres horas a 30 minutos, como promedio.

Específicamente en:

- El servicio de Urgencias de 40 minutos a 15 minutos.
 - El servicio de la Consulta Externa en específico:
 - El servicio de Traumatología y ortopedia de 4 horas a 30 minutos.
 - El servicio de Cirugía general de 1 hora a 30 minutos.
 - El servicio de Medicina interna de 3 horas a 30 minutos.
 - El servicio de Ginecología y Obstetricia de 3 y media horas a 30 minutos
 - El servicio de Oftalmología 2 horas a 30 minutos.
 - El servicio de Pediatría de 4 horas a 30 minutos.
 - El servicio de Oncología de 3 horas a 30 minutos
 - El servicio de Urología de 3 horas a 30 minutos.
 - El servicio de Dermatología de 1 y media hora a 30 minutos.
 - El servicio de Cirugía Reconstructiva de 1 y media hora a 30 minutos
 - El servicio de Neurología de 3 horas a 30 minutos.
 - El servicio de Neurocirugía de 1 hora a 30 minutos.
 - El servicio de Alergología de 2 horas a 30 minutos.

IV.6 MARCO CONDUCTUAL.

Se utilizaran los principios de conducta, relacionados con:

1. Percepción, actitudes y aprendizaje por parte del consumidor.
2. Percepción, actitudes y aprendizaje del problema por parte de la institución.
3. Determinación de indicadores clave según la percepción del usuario y de la institución.
4. Determinación del flujo de atención al consumidor.
5. Determinación de las estrategias para mejorar la atención al consumidor.
6. Creación de un sistema de atención al consumidor en las áreas mencionadas en el punto 4.
7. Fenómeno de percepción valorado por la institución y el consumidor por medio del análisis de indicadores.

Partiendo de que la creatividad y el pensamiento estratégico son poderosas herramientas al servicio de la mejora continua, ninguna idea es útil si no se lleva a la práctica y no es fácil cambiar de perspectiva siendo difícil entender que la creatividad es una potencialidad a nuestro alcance, pero de alguna manera hay que empezar y alguien tiene que comenzar.

Lo anterior se fortalece, si adoptamos un modelo básico de colaboración, ya que la interacción se resolverá, en medida en que se gane individualmente y gane también la institución, mediante:

- a. Conductas orientadas a la satisfacción de objetivos comunes.
- b. Apertura, confianza y diálogo.
- c. Estableciendo estrategias.
- d. Interpretar la realidad a partir de las opiniones de todos, con el objeto de llegar a una solución aceptable.

- e. Un clima social que propicie que todos encuentren una situación de igualdad.

IV. 7 PROGRAMA OPERATIVO

Sin duda el dilema es siempre será como lograremos la cooperación para que la armonía reine en la institución y en cada individuo y, con lo mencionado anteriormente, consideramos que lo importante es fomentar el trabajo en equipo, tanto en la colaboración como en la competencia para obtener el éxito, creando un equipo saludable y eficaz, en el que se coordinen y cambien, entre los integrantes, los logros y objetivos personales o institucionales, o sea, dando confianza, disminuyendo la frustración, siendo cortés, disminuyendo las tensiones, ahorrando tiempos, condicionando el hecho de demostrar un interés sincero en el logro de la cooperación.

Los paradigmas de trabajo se basan en nuevos paradigmas que favorecen el trabajo en equipo, que sin duda dan valores personales y de la institución, los cuales se deben de fomentar y son, por mencionar algunos:

- a. La confianza, ya que cuando actuamos de acuerdo a nuestros principios y valores en nuestras relaciones con los demás, sembramos en ellos la seguridad y la confianza de que respondemos a lo que se espera de nosotros. La confianza entre los miembros de un equipo, da la seguridad de que sean respetados y tomados en cuenta, fortaleciendo y conquistando cuando se actúe, todos los principios y acuerdos éticos.
- b. El respeto, en la medida que los integrantes del equipo de salud se respeten a sí mismos, podrán respetar a los demás, ya que es primordial que las personas tengan atención y consideración a la dignidad y derechos inherentes a la naturaleza, que como ser humano tenemos todos, recordando que el fin es el recurso humano y nunca será un medio.

- c. El compromiso, éste se puede incrementar si se orientan los propósitos y los valores de equipo con aquellos que coinciden con los propios, manteniéndose la misión del equipo: generar calidad en la atención a la salud, con una visión común del éxito, formulando metas prioritarias, midiendo el éxito y celebrando los mismo todos, ya que el compromiso es alto, cuando los equipos son productivos y disfrutan de un ambiente laboral más satisfactorio.

- d. La contribución, los equipos de excelencia necesitan de integrantes que contribuyan con diversas ideas, talentos únicos y variadas habilidades, y cuando éstas son de calidad, se percibirá una mayor confianza en la colaboración de equipo, con iniciativa individual, con reuniones de trabajo productivas propiciando mejores alternativas de solución, ante la compleja problemática de la generación de servicios de salud, y con ello, crear que los integrantes puedan incrementar la contribución evaluando su aportación y apoyo a otros equipos de trabajo, desarrollando sus habilidades, dando confianza, provocando beneficios al colaborar.

- e. La comunicación, indudablemente los equipos requieren de una excelente comunicación, para resolver la problemática que se presenta ante la prestación de los servicios a la salud, y si ésta se da de manera importante y efectiva, resolverá problemas, mejorando los procesos de trabajo al desarrollar un sentido de cohesión. Los integrantes de los equipos de trabajo pueden reforzar la comunicación evaluando y mejorando su propio estilo e impulsando al grupo a hacer, de una buena comunicación, una prioridad.

- f. La cooperación, se necesita para mantenerse flexibles, eficientes y con capacidad de respuesta y, cuando ésta es alta, los integrantes cumplen sus compromisos, producen trabajo de calidad y encuentran soluciones a los problemas, pero además, respetan el tiempo de los demás, mostrando un

espíritu fuerte de equipo. Otro, se puede reforzar la cooperación con ejemplos positivos a seguir y solicitando la retroalimentación de todos, sobre como cooperar más.

- g. Manejo de conflictos. Sin duda, es importante que los grupos de trabajo acepten el conflicto como algo normal y manejarlo para ser productivo, al hacerlo se muestra una confianza abierta en apoyar la toma de decisiones objetivamente al resolver los problemas, por ello, si todos mejoran el manejo de los conflictos entendiendo su propio estilo, optimizando sus habilidades, iniciando la resolución de los mismos y animando a los demás a resolverlos, creará la identificación de esas diferencias, que crean el conflicto y dando la posible forma de resolverlos.
- h. Administración del cambio. Aunque la integración al cambio crea resistencia, es importante que se acepte con la conciencia de que manejar el cambio y mantenerse a la par con los avances en la tecnología, la expansión de la competencia y los cambios en las exigencias de los derechohabientes, aquellos que lo aceptan adecuadamente son y serán mejores resolviendo problemas, tomando riesgos mas altos y pensando más abiertamente, sin duda los que lo acepten, percibirán el cambio como una oportunidad mas que como un peligro ante su actuar, por lo que hay que propiciar formas para cambiar.
- i. Fomentar una perspectiva amplia, reforzando las relaciones entre los integrantes, que mejoren las interrelaciones de los grupos de trabajo, llevando a una toma de decisiones multidisciplinaria.

IV.8 PROPUESTA TENTATIVA PARA RESOLVER LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

La calidad y eficiencia que percibe el usuario, ante la demanda de los servicios de salud, es directamente proporcional (o tiene relación estrecha) con la satisfacción del factor humano que participa en la generación de los Servicios de Salud.

El primero considerando a los generadores del servicio como incompetentes, ante la actitud presentada por ellos, al no dar información en tiempo y forma tanto para él como paciente, como para sus familiares o su representante legal sobre su padecimiento, tratamiento, seguimiento y pronóstico del mismo, quejándose de los tiempos de espera que sobrepasan los límites de su paciencia, en las diversas especialidades o subespecialidades de la consulta externa como del servicio de urgencias, al cual acuden y saturan por considerar mas expedita su atención, sin importarles cual es la causa de padecimiento, así como también de los tiempos prolongados en los servicios de apoyo diagnóstico, tiempos de espera que en general oscilan entre una a cinco horas.

Posterior a la valoración o recibir la consulta externa, el grado de insatisfacción e inconformidad culmina con la falta de insumos a la salud (medicamentos, material de curación, soluciones de diálisis, etcétera), así como por la interrupción o abandonos en la atención de la consulta por el prestador del servicio, considerando el usuario que la calidad del servicio que recibe no va acorde con el descuento de sus cuotas.

Los generadores del servicio, el segundo en ésta mezcla, presentan una actitud reacia a todo cambio, ante los múltiples programas y comités que lo agobian en su actuar médico y generar el servicio a la salud, ya que por un lado presentan la cara ante las exigencias del usuario de los servicios y por el otro, el dar cumplimiento a los indicadores de atención o de prestación en tiempo al paciente, el cual es de tres pacientes por hora o sea uno cada 20 minutos, no importando la especialidad o subespecialidad, que requiere del servicio de atención médica de

el cual es de tres pacientes por hora o sea uno cada 20 minutos, no importando la especialidad o subespecialidad, que requiere del servicio de atención médica de segundo nivel, haciendo labores de tercer nivel en muchas ocasiones; si el usuario a la salud es de primera vez o subsiguiente, si se sabe mucho o poco de la entidad nosológica que porte el paciente.

Además del marco jurídico, en la que la Comisión De Arbitraje Médico (CONAMED) y el trámite administrativo que conlleva la atención a la salud de segundo nivel, implicando la aplicación de la NOM-168-SSA1-1998, relativa al expediente clínico en el quehacer médico, dónde debe de anotarse la historia clínica, notas de evolución, revisión, reportes de laboratorio rayos X, estudios especiales o visitas subsiguientes entre varios apartados del o los padecimientos del paciente, haciendo que el generador de los servicios tengan mucho papeleo más, aunado a la falta de Tecnología que capture la información generada en la atención a los usuarios de los servicios a la salud que a la fecha, se hace artesanalmente e inclusive la tecnología terapéutica que impide el tratamiento menos invasivo a los derechohabientes.

El proceso anterior consume tiempo, presentando como consecuencia retraso en los tiempos de atención, considerando el generador de los servicios a esto, como sobrecarga en la consulta de su especialidad o subespecialidad. Y en el servicio de urgencias una sobrecarga del servicio por urgencias no reales, por la falta de cultura y actitud del usuario ante la verdadera urgencia. El generador de servicios a la salud considera que la calidad de atención se ha deteriorado, tanto su imagen personal como la institucional, repercutiendo en la atención al derechohabiente, por no contar con insumos materiales, tecnológicos y humanos en su rol como generador de servicios de atención a la salud, ante un usuario cada vez más exigente, con una perspectiva y calidad de vida actual y por otro lado, una normatividad que lo agobia y que es elaborada detrás de un escritorio y no desde la contextura de la operatividad.

La capacitación permanente, la tecnología para el proceso de los servicios, la revisión de indicadores en los tiempos de atención en la consulta externa del paciente, con readecuación individualizada y pormenorizada a cada especialidad; suministro suficiente de recursos materiales, financieros y de factor humano; estrecha comunicación e intercambio de información entre las autoridades y el factor humano generador de los servicios a la salud, así como el establecimiento de un programa de estímulos reales y objetivos a la productividad, contribuyen a disminuir el grado de insatisfacción del personal que participa en el proceso de los servicios a la salud.

El usuario considera que el generador de servicios es incompetente u omiso, falta de ética y responsabilidad ante su profesión y la institución a la que sirve. Presenta insatisfacción por el servicio recibido y por los generadores de la atención a la salud, tanto en tiempo como en forma, insatisfacción que aumenta con la falta de insumos materiales, tecnológicos, financieros y humanos en su atención, considerando, el usuario que la calidad de atención no va de acuerdo con el aporte de las cuotas que su Secretaria, Departamento o Dependencia de Estado le descuenta, para tal servicio médico.

Por otro lado, el Generador de los servicios de la atención médica se considera acosado y agobiado, por un marco legal y administrativo, por las exigencias del usuario de los servicios, con falta de suministros tecnológicos, financieros, humanos y materiales, que no le hace competitivo ni resolutivo en su segundo nivel de atención institucional, ante los "hoyos" de necesidad que se han creado en el actuar médico, como necesidad de salud cada vez más compleja del usuario y su perspectiva de vida futura.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta investigación se han expuesto brevemente algunos aspectos que caracterizan la complejidad de la gestión en instituciones de salud, en particular en la Clínica Hospital Dr. Ismael Vázquez Ortiz, del ISSSTE, Querétaro, tales como un entorno cambiante, más dinámico, de economía de mercado, debido en gran parte a la incorporación de organismos privados al área de salud. Todo esto nos ha impulsado a buscar formas de gestión más eficientes y descentralizadas.

El desarrollo y análisis de la investigación ha permitido determinar que el principal problema es:

La no satisfacción del generador de los servicios de salud

Y que las causas principales son:

Calidad de los profesionistas.

Tecnología.

Comunicación.

Carencia de un estudio de tiempos y movimientos en la atención de la consulta externa.

Capacitación.

Insumos a la salud.

Normatividad y marco legal.

Actitud.

Organización administrativa del Sistema ISSSTE.

La insatisfacción del factor humano que participa en la generación de los servicios de salud, hacen que el usuario, ante la demanda de los servicios, perciba una falta de calidad y eficiencia.

Y por otro lado, el Generador de los servicios de atención médica al no verse acosado y agobiado por: un marco legal y administrativo, ni por las exigencias del usuario de los servicios, se encuentra "satisfecho". Esto provoca la ilusión de que:

Se cuenta con los adecuados suministros tecnológicos, financieros, humanos y materiales;

Es competitivo y resolutivo en su segundo nivel de atención institucional;

No existen los "hoyos" de necesidad creados en el actuar médico;

No existe una necesidad de salud cada vez más compleja del usuario;

Y no percibe o considera la perspectiva de vida futura del mismo.

El aparato burocrático del sistema de salud que existe en el ISSSTE, sin un desarrollo organizacional adecuado, provoca, sobre todo en el cliente externo, que perciba un servicio lleno de ineficiencia y de mala calidad en la generación de los servicios de salud.

Teniendo como marco de referencia la calidad y servicio a las personas, se debe considerar de primordial interés el buscar alianzas estratégicas con los distintos actores del sector, colocar énfasis en el trabajo coordinado de equipos interdisciplinarios, en las comunicaciones y en todo aquello que permita una mayor flexibilidad y apertura a los cambios que han de seguir ocurriendo.

Hoy en día es cada vez más evidente en el país la necesidad de administradores especializados en el sector salud. Esto se debe a que, desde el punto de vista económico, este es un sector atípico, cuyas características hacen que la gestión sea compleja y delicada, pues la vida humana está de por medio. Por lo tanto, el concepto de beneficio, es distinto a la de cualquier otro servicio.

En general, en las Instituciones de salud, públicas y universitarias, existen las siguientes limitaciones:

Una cultura organizacional de tradición, que no facilita los cambios.

Rigidez en su normativa y en su operatividad, que hacen más difíciles los cambios en su administración.

Condiciones contractuales poco adecuadas para los tiempos actuales que, por su forma, hacen a la organización poco competitiva con otras instituciones de salud. Por ejemplo, se da importancia preferente a una suma de beneficios individuales, versus una remuneración mensual superior. Estos beneficios, que son muy onerosos en general, no son percibidos claramente como una remuneración promedio mayor.

La gestión es compleja, principalmente porque las características de oferta y de demanda del servicio de salud obligan a adoptar nuevos conceptos en la dirección de la organización, a crear nuevos sistemas y desarrollar nuevas estructuras, vale decir, cambiar el estilo tradicional de trabajo. Además, la heterogeneidad del personal que trabaja en el sector determina la existencia de actitudes contrarias a la modernización y al cambio, lo que implica un constante desafío para la capacitación como herramienta destinada a modificar actitudes. Hay que recordar que el principal activo de las empresas de servicios es el factor humano.

Se necesita un nuevo estilo de trabajo con una visión global compartida por toda la organización acerca de su misión en el sector y en la comunidad, una planificación estratégica para el logro de los objetivos, énfasis en la relación paciente-cliente y en las comunicaciones, delegación de responsabilidad y autonomía, descentralización en el manejo de información y toma de decisiones en cada Departamento, Unidad o Centro de Resultados, como si fueran pequeñas empresas, Organizaciones horizontales flexibles. Es imposible llevar a cabo todo lo que la administración necesita si no cuenta con el apoyo de las autoridades y de todos los niveles jerárquicos, considerando a éstos como eslabones del conjunto y no en forma unitaria sino que integralmente; Una Organización Sistémica. La administración para el nuevo milenio, inmerso en las teorías organizacionales de la posmodernidad es: flexibilidad, equipos de trabajo coordinados y alianzas

estratégicas con proveedores, competidores, inversionistas y empresas de salud; y muy importante, la participación del consumidor: el paciente.

El reordenamiento del sector salud hace necesario que el sistema nacional de salud se transforme en un sistema moderno de seguridad social. Actualmente se desempeña en una crisis hospitalaria progresiva, junto con la demanda excesiva de servicios de la población «vinculada», dando como resultado el aumento de quejas, demandas y tutelas por malos servicios, e inadecuados procedimientos.

Como se ha comentado en el transcurso de la investigación, existen aspectos como el retardo en la asignación de citas de especialistas, el costo, la dificultad en la obtención de medicinas y la falta de información al usuario; éstas son algunas de las fallas que se han detectado en el actual Sistema Seguridad Social en Salud en nuestro país, que van en contra de la búsqueda de la justicia y equidad social.

Podemos señalar del mismo modo la no focalización de las áreas dónde no hay acceso a los servicios de salud, las diferencias en los niveles de desarrollo de la “red” Prestadora de Servicios a nivel municipal y el deterioro de programas específicos.

La persistencia de la inequidad en la distribución de personal médico, desviación de recursos a favor de intermediarios financieros, etc., presentan una perspectiva desfavorable al mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

Se hace necesario, entre otras medidas, evaluar la calidad de los servicios, para determinar cuales han sido sus errores y exigir su corrección.

Es así como que se hace necesario determinar el benéfico-costos desde el punto de vista del usuario, evaluando si la calidad en el servicio de salud ha mejorado o realmente los usuarios están recibiendo los aportes de los causantes y los que el gobierno otorga para mejorar la salud inequitativamente.

Igualmente se hace imprescindible determinar al perfil demográfico de la población usuaria del actual sistema de salud, valorándose la calidad de la prestación de los servicios de salud y considerar las modificaciones que debieran hacerse para lograr una mayor cobertura y un mejoramiento en la calidad del servicio prestado a los usuarios.

No obstante las transformaciones que en los últimos años ha tenido la sociedad en general y la atención médica en particular, los hospitales en su mayoría, están estancados.

Cambió la Medicina, se transformaron los instrumentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos y sin embargo la Institución que atiende a los pacientes con enfermedad o riesgo de vida no ha seguido una actualización acorde a estos profundos cambios.

Algunas instituciones han progresado idílicamente, otras han incorporado algún tipo de tecnología, pero su ideología, sus formas organizacionales, sus procedimientos de gestión son inadecuados a las exigencias de los usuarios y también para hacer frente a las demandas de las sociedades modernas.

El Hospital Público es la columna vertebral del sector salud, hay una transformación en los sistemas Sanitarios y por ende una modificación sustancial en los hospitales en su relación con la sociedad. La autogestión y la descentralización nos darán las herramientas para organizar y gestionar adecuadamente y fundamentalmente integrar a la comunidad en la conducción efectiva de las instituciones y a los integrantes de la organización a participar del gestión institucional, que es la única manera de democratizar a nuestros hospitales.

Se hace necesario, siendo redundante, entre otras acciones:

- Un cambio en la cultura Organizacional,
- Una gerencia participativa.

- Una reestructuración de los sistemas de premios y salarios, y
- Una promoción de equipos de trabajo auto-administrados

El cambio en la cultura organizacional responde a la profunda insatisfacción que sentíamos quienes nos desempeñábamos en la Institución y fundamentalmente en pensar a la misma en función de las necesidades del usuario y no en las de los profesionales. Esto hace necesario modificar la actual estructura organizacional implementando el Cuidado Progresivo de Pacientes.

La gerencia participativa responde al criterio de participación y conlleva a la necesidad de integrar la conducción de manera horizontal y sistémica.

La reestructuración de premios y salarios responde a satisfacer las necesidades de nuestro factor humano y si bien no es factible modificar el salario metálico, sí es posible realizar acciones de fortalecimiento institucional.

Y por último el desarrollo de equipos auto-administrados quizás tenga su máxima expresión en el desarrollo del sistema informático.

Se debe considerar al Hospital público, como una organización compleja donde interactúan simultáneamente una serie de factores y donde quienes la conducen deben tener una serie de conocimientos, que a través de recursos produce un producto mal definido: "salud".

El definir las organizaciones con una estructura organizacional interactiva, poniendo el acento en la proliferación de nuevas formas de trabajo, pensamiento grupal, trabajo en equipo, conflictos superpuestos y la existencia de diversas culturas dentro de una organización: sociales, económicas y psicológica, obliga a proponer posibles acciones para lograr lo que una Institución de Salud Pública debe ser.

ALGUNAS RECOMENDACIONES.

Debido a la importancia de fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias, se propone lo siguiente: el desarrollo de objetivos y estrategias, la evaluación de los programas e indicadores de desempeño.

Estrategias:

Estrategias para conferir protección social en el campo de la salud, y

Estrategias para la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud.

Para una mejor ilustración presentamos la tabla siguiente:

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS PARA LA REORIENTACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD	
<p>1. Definir, implantar y evaluar las <i>funciones esenciales de la salud pública</i> como parte de las responsabilidades de la <i>rectoría</i> de las autoridades sanitarias.</p> <p>2. Promover métodos de financiamiento y asignación de recursos que den prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud pública y a líneas de acción para reorientar la prestación de servicios de salud con criterios de promoción de la salud.</p>	<p>1. Fomentar y facilitar el diálogo y el acuerdo de los actores interesados a fin de lograr consenso sobre la necesidad de reorientar y aprovechar al máximo los recursos para la promoción de la salud.</p> <p>2. Incorporar objetivos de reorientación de sistemas y servicios de salud en los mecanismos de asignación de recursos y pagos, vinculando los pagos a los resultados de salud en la medida de lo posible.</p> <p>3. Desarrollar la infraestructura de salud pública y evaluar el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública.</p> <p>4. Incluir en los mecanismos reguladores criterios de promoción de la salud tales como certificación, habilitación y acreditación de establecimientos, redes de proveedores y profesionales de la salud.</p>

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
<p>3. Cambiar la composición y el equilibrio de los tipos de atención de salud e incorporar la promoción y la prevención en el modelo de prestación de servicios de salud.</p> <p>4. Incorporar el fomento de los principios de la promoción de la salud en los modelos de gestión de servicios de salud.</p> <p>5. Prestar atención a las necesidades y expectativas de determinados subgrupos de la sociedad, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad y posición económica, así como otros factores determinantes de índole religiosa, étnica y cultural.</p> <p>6. Fomentar la participación individual en la adopción de decisiones bien fundadas sobre la propia salud y la salud de los integrantes.</p>	<p>5. Mejorar la capacidad de respuesta y la tecnología de la atención de salud como condición para afianzar la legitimidad social de los servicios desde el punto de vista de la población.</p> <p>6. Aumentar la importancia relativa de los puntos de entrada al sistema asistencial e instituir programas con proveedores de atención primaria de salud que se ocupen de pacientes, familias y comunidades y les ayuden a orientarse en el sistema.</p> <p>7. Fortalecer el componente de promoción de la salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la capacitación continua de los profesionales de la salud.</p> <p>8. Promover el consenso entre expertos sobre pautas clínicas para la prevención, eliminando los métodos ineficaces, y capacitar, supervisar y evaluar la aplicación en la familia de las pautas.</p> <p>9. Cerciorarse de que las condiciones institucionales faciliten la aplicación de directrices, incluidas las estrategias para modificar las prácticas de los proveedores.</p> <p>10. Mejorar la comunicación entre proveedores y pacientes, así como entre los servicios de salud y las comunidades, a fin de aumentar la eficacia y la utilidad de la acción.</p> <p>11. Crear mecanismos que promuevan un compromiso formal y la responsabilidad compartida entre los servicios, por una parte, y los particulares y las comunidades, por la otra, mecanismos de retroalimentación comunitaria.</p>

Por lo tanto, el desafío que se plantea consiste en poner en práctica los objetivos y estrategias y lograr consenso sobre la importancia de su inclusión en la próxima generación de reformas del sector de la salud.

Evaluación de programas:

Es primordial conocer el qué y el porqué del nivel de desempeño de cualquier programa social. Desde este punto de vista, la evaluación se transforma en determinar que es lo que se desea evaluar del programa y cuáles son los datos o informaciones que nos responderán las interrogantes sobre el desempeño.

Con este propósito se desarrolla un cuadro que relacione el Propósito Estratégico de la Evaluación y el tipo de Evaluación.

Propósito estratégico de la Evaluación	Tipo de Evaluación	Características Generales
Administrativo	Análisis de Gerencia Competitiva	Es un análisis de las decisiones negativas y positivas que inciden en la marcha del programa. Se analizan las relaciones de poder en el programa con todo lo que ello significa e implica. Etapa Ex-antes y Ex-post.
Descriptivo o Resumen	Evaluación de Resultado	Evaluación destinada a determinar cuantitativamente los resultados y efectos del programa. Compara los resultados planificados y estimados con los resultados obtenidos realmente para determinar el grado de desviación del programa. Etapa Ex-post.
	Evaluación de Impacto	Se centra en el análisis de la incidencia y repercusión que tienen los resultados del programa sobre las condiciones sociales de los beneficiarios. Sociológicamente se encarga del análisis de las transformaciones ocurridas en la movilidad social, en el control social, en la variación del Status, en la satisfacción de las necesidades de la población atendida. Etapa Ex-post.
	Evaluación de Aplicación	Es el tipo de evaluación que se destina a calcular la calidad de entrega de los beneficios a los beneficiarios. Etapa Ex- post.

Económico	Evaluación Costo Beneficio	Es un Análisis de la relación de los productos del programa con los costos de los insumos. Requiere transformar los productos en unidades monetarias "beneficios" para así hacer viable la comparación con los costos de los insumos. Es una evaluación económica de un programa considerado social. Etapa Ex ante.
	Evaluación Costo Efectividad	Es una Evaluación económica de la efectividad del programa, según la norma de los criterios elegidos y con arreglo a costos constantes preestablecido, o se estima tolerable el volumen de los costos en comparación con una proporción de efectividad dada. La finalidad del E. C. E es la de hallar el mejor entre los sistemas de rendimiento alternativos disponibles de un programa para la consecución de un fin. Etapa Ex-ante -
	Evaluación de Presupuesto	Es un tipo de evaluación destinada a un análisis administrativo, de contabilidad y financiero. Maneja tanto sistemas como costos y resultados, pero desde la perspectiva netamente económica. Excluye los problemas de orden metodológico referente a la valoración de los fines del programa, pues en fin será alcanzado mientras y sólo si se minimizan los costos para alcanzarlos. Etapa Ex - post
Formativo	Evaluación de Necesidad	Este tipo de evaluación hace ahinco en lo político - administrativo. Es un estudio de las necesidades de la población a atender, permite la construcción de un programa social con altos contenidos de eficacia (Resultados). Etapa Ex ante.
	Evaluación de Procesos	Es una evaluación que estima los productos que se requieren para el programa y la capacidad institucional para alcanzarlos y procesarlos. Se aboca al estudio de los procedimientos del programa social para determinar cual es funcional a los objetivos y cual no. Otro objetivo es identificar los posibles errores de diseño en el programa pero sin plantear soluciones o alternativas. Etapa Expost.
	Monitoreo	Es un análisis periódico tipo gerencial - administrativo que se realiza a la etapa operativa del programa. Se controla el cumplimiento de los plazos, provisión de insumos (Calidad, Continuidad, Precios, etc.). Es considerada una evaluación administrativa muy básica o a veces no es considerada una evaluación. Etapa Ex ante y Expost.
	Otros...	Evaluación de Objetivos y Evaluación Operativa.

Socio - político	Evaluación del Clima Organizacional	Su función es el análisis de los cambios en organizaciones que surgen de la ejecución de un programa social. Este tipo de evaluación intenta precisar los elementos y valores institucionales requeridos para afrontar las modificaciones organizacionales originadas por las necesidades y el crecimiento de la unidad tanto a nivel del número de procesos, como de la complejización y diversificación de las funciones que estos presuponen. Básicamente se estudia el sistema de valores, control de medios, etc. del ente ejecutor. Etapa ex-post.
	Análisis antropológico Organizacional	Es un método de no mucho uso en las ciencias sociales. Plantea el análisis de la toma de decisión sobre alternativas de intervención, dentro de un diagnóstico del contexto global del programa social. No se limita a la evaluación de la gerencia sino que se ubica al programa social dentro de un entorno específico, haciendo especial referencia a la cultura de la organización.
	Análisis de Contexto	Es un método que calcula el impacto que tiene el entorno sobre el programa y la potencialidad del programa ante este entorno y ante su ambiente interno "Maraña Institucional" Esta muy influenciada por la Planificación institucional Ex ante y Ex post.
Retroalimentación o Auto - crecimiento	Evaluación de eficiencia	Es un modelo de evaluación no hermético, ni determinista. Es un modelo que presenta varios niveles de análisis cuyo fin último será el estudio de la eficiencia dentro del programa social. Este modelo es entendido como la valoración de sus efectos, es decir pronunciarse sobre la medida en que las consecuencias del programa son deseadas y cuales no. Este modelo trata de establecer el nivel de "pertinencia" entre la etapa de formulación, la etapa de implementación y ejecución del programa, tratando de establecer cual elemento del mismo es disfuncional a la consecución de los fines del trabajo. Este tipo de evaluación no propone respuesta a los desaciertos del programa, solo emite una plataforma de información para que el decidor tome la alternativa más conveniente para optimizar los errores del mismo.

Indicadores

Desarrollar indicadores de Gestión clínica y Calidad de atención

Definición de indicadores y estándares de calidad

- ✓ Efectividad clínica
- ✓ De satisfacción
- ✓ De calidad descriptiva
- ✓ De costos

Evaluación de indicadores de utilización de recursos.

Identificación de prácticas con alta variabilidad

Considerando los siguientes atributos:

Relevancia:

- ✓ Importante en salud
- ✓ Importancia financiera
- ✓ Costo-efectividad
- ✓ Importancia estratégica

Rigor científico:

- ✓ Evidencia clínica
- ✓ Reproducibilidad
- ✓ Validez
- ✓ Ajustable por riesgo

Factibilidad:

- ✓ Especificación precisa
- ✓ Costo razonable

✓ Factibilidad logística

✓ Auditabilidad

Considerando las siguientes funciones que debe llevar a cabo el área de gestión

Evaluación de indicadores de satisfacción, resultados, calidad prescriptiva, etc.

Diseño y puesta en práctica de estrategias de intervención y medición de resultados finales, (estudios de efectividad).

Elaboración de un informe periódico dirigido a los efectores (grupo médico, especialidades, áreas, etc.) sobre el rendimiento general del grupo y particular de cada integrante

Identificar la variabilidad de las prácticas

Informar a los médicos sobre el patrón de utilización de sus pacientes con respecto al resto de la población y alertar sobre desviaciones en el proceso o en la frecuencia de ciertos desenlaces

Implementar intervenciones educativas

Diseñar incentivos y penalizaciones

Considerando la siguiente Metodología y con las precauciones debidas:

Metodología

Definición del indicador

Definición del nivel de calidad deseado

Definición de las fuentes de información para construir el indicador

Interpretación de las mediciones

Toma de decisiones

Precauciones

Ajuste insuficiente de riesgos.

Estimaciones inestables debido a la presencia de pocas observaciones.

Competencia en base a la selección de riesgos favorables y barreras para el acceso de los más enfermos.

Insatisfacción y resistencia por parte de los médicos.

Costos financieros de la implementación y monitoreo del sistema.

Que aún las medidas de ajuste de riesgo más extensas y detalladas no capturan información muchas veces esencial para comprender la variabilidad en la ocurrencia de eventos.

CONCLUSIONES

Actualmente la salud se considera un derecho de todo ciudadano, que el Estado puede y debe garantizar. Ante la situación de depresión económica, pero interesados en aplicar una nueva política sanitaria para el logro de la meta de Salud Para Todos, muchos países realizan reajustes de sus políticas sanitarias y buscan afanosamente mecanismos que les permitan incorporar la nueva concepción de salud pública, disminuir los costos de salud y enfrentar la transición epidemiológica.

La salud constituye un derecho de todo ciudadano que el Estado puede y debe garantizar, independientemente del sistema de salud que se encuentre vigente en cada país. Los recursos financieros escasean aún en los países desarrollados, debido al alto nivel tecnológico alcanzado por la medicina moderna, que ha elevado los gastos en salud de manera desproporcionada en relación con el PNB. Si tenemos en cuenta la transición demográfica que han sufrido todos los países, gracias al propio desarrollo alcanzado, los costos de la atención de salud resultan incontenibles. Todos los estados se enfrentan ante esta problemática y buscan afanosamente mecanismos que alivien esta situación.

Se propone

Responsabilidad compartida entre personas, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones de servicios de salud y gobiernos de

trabajar mancomunadamente para crear un sistema asistencial que contribuya a la promoción de la salud;

Movimiento del sector en dirección a la promoción de la salud, más allá de los servicios clínicos y curativos;

Necesidad de que los servicios de salud adopten un mandato ampliado que sea sensible y respete las necesidades culturales;

Mayor atención a las investigaciones sobre la salud y la formación teórica y práctica de profesionales para propiciar cambios en la organización de los servicios de salud a fin de reorientarlos hacia la totalidad de las necesidades de la persona.

Y considerando que el objetivo primordial es mejorar la calidad, se recomienda determinar la cantidad óptima de familias que debe atender el médico familiar con el objeto de mejorar la atención mediante una mejor distribución. Esto con el propósito de facilitar lo siguiente:

Un mayor conocimiento de la situación de cada paciente;

La inclusión de las redes sociales y las condiciones de vida en la formulación de estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;

La detección temprana de enfermedades; y

Actividades personales y comunitarias de educación y promoción de la salud.

COMENTARIO FINAL

Los resultados del seguimiento, junto con los análisis efectuados por organizaciones de otras regiones en desarrollo admiten realizar una apreciación

de lo logrado en las reformas del sector de la salud¹, permitiendo hacer el siguiente análisis.

Equidad: Sólo algunas de las reformas del sector de la salud parecen estar contribuyendo, lentamente, a la reducción de las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, aunque existen dificultades para medir esta dimensión de las reformas. En la mayoría de los países no están contribuyendo a la reducción de las disparidades en la distribución de los recursos.

Eficacia y calidad: Se ha avanzado relativamente poco en la mejora de la eficacia global del sistema y el cumplimiento de los aspectos normativos de la calidad de la atención o la satisfacción del usuario con la calidad.

Eficiencia: Según los análisis realizados, se ha avanzado más en la productividad y el desarrollo de métodos de adquisiciones que en la reorientación de la asignación de recursos. Por ejemplo, no ha habido cambios importantes en la asignación de recursos para abordar problemas con grandes externalidades o para aumentar el grado de protección social en el campo de la salud.

Sostenibilidad: Se está tratando de ceñir los gastos a los ingresos del sistema, pero muy pocos países están aumentando la generación de recursos a mediano o largo plazo para ampliar o mantener el nivel actual de prestación de servicios. Esta situación se agrava con la gran dependencia de financiamiento externo observada en muchos países y la falta de mecanismos para sustituir estas corrientes de recursos cuando cesan.

Participación social: Hay indicios de una mayor receptividad de los gobiernos como resultado de los planes de reformas del sector de la salud.

¹ "Principios orientadores" de las reformas del sector salud, Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, Cumbre de 1994, en: López A., Pittman, Gómez, Machado y López F., *La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud: componente decisivo de las reformas del sector de la salud*, Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000.

Esto introduce importantes contrapesos en el sistema, pero todavía queda por verse si influirá en la reorientación del curso de las reformas.

En resumen, las motivaciones que impulsan las reformas se han centrado hasta ahora en factores económicos. Las consideraciones de equidad y las preocupaciones de salud pública han quedado relegadas a un plano secundario. La calidad de la atención y, más concretamente, el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

En este contexto se encuadra la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud. En los debates sobre el futuro de las reformas del sector en todo el mundo se debe promover activamente un marco convenido para impulsar cambios en esta dirección. Queda abierto el reto para que en siguientes investigaciones, se estudien y se elaboren algunos más de los aspectos necesarios para promover un marco operacional que permita la reorientación de sistemas y servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA.

1. A., Gallager., Charles, J. Watson., Hugh,. Métodos Cuantitativos para la Toma de Decisiones e la Administración. Primera edición, México 1982, Editorial McGRAW-Hill.
2. ARIAS, Galicia F; Introducción a la Metodología de Investigación en Ciencias de la Administración y del Comportamiento; 2ª Reimpresión, ED. Trillas, México, 1995
3. BENZAID, N. La consulta médica. Siglo XXI ED. México, 1976
4. CORDERA, A, BOBENRIETH, M. Administración de los Sistemas de Salud, Ed. Por los autores, México 1983.
5. CHAVEZ, Ignacio, México en la Cultura Médica. 1ª. Edición 1987, México 1987. Editorial: Fondo de Cultura Económica.
6. DONABEDIAN, Avendis. The definition of quality an approaches to it's assessment Health Adam Press, University of Michigan Ann Arbor 1980.
7. DONABEDIAN, Avendis. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. ED. La Prensa Médica Mexicana. México, 1991.
8. DONABEDIAN, Avendis "Los Espacios de la salud: aspectos Fundamentales de la organización de la atención médica. Editorial: Fondo de Cultura económica, 1ª. Edición en español México 1988.
9. E. Sigerist, Henry, Civilización y Enfermedad, 1ª. Edición, México 1987, Editorial Fondo de Cultura Económica.
10. GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE QUERETARO. H. AYUNTAMIENTO. Plan Municipal de Desarrollo. Querétaro, 2001.
11. GONZALEZ, Dagnino, A. Calidad Total en Atención Primaria en Salud. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid (España), 1994.
12. H., Lovelock, Christopher, Mercadotecnia de Servicios, 3a. Edición, México 1997, Editorial Prentice Hall, Pearson.
13. ISHIKAWA, Kauro. ¿Qué es el control total de Calidad? Editorial Norma, Empresa y Empresarios, Colombia 1986.
14. J., Stanton William, J, Etzel, Michael y J., Walker, Bruce, Fundamentos de Marketing, 11a. Edición, México 2000 Editorial McGRAW-Hill.

15. NOGUEIRA, Cobra, Marcos Enrique, ARNOLDO, Zwarg Flavio, Marketing de los Servicios: Conceptos y Estrategias. 1ª. Edición en español, México 1992, Editorial McGRAW-Hill
16. OCHOA, Héctor, LUCIO, Ruth, VALLEJO, Francisco, DIAZ, Sonia, RUALES, José y KROEGER; Axel. Economía de la Salud, Manual práctico para la gestión local de la salud, 1ª. Edición, México 1999, Editorial Pax
17. RUELAS, Barajas, Enrique. Calidad de la Atención en Salud. Rev. Salud Pública México. Vol. 2, No. 3, Febrero, 1995.
18. SOBERON, Acevedo, Guillermo, KUMATE, Jesús. LAGUNA, José. La Salud En México: Testimonios de 1988, Desarrollo Institucional, IMSS ISSSTE. 1ª. Edición, Tomo III Vol. 2 México 1988. Editorial Fondo de Cultura Económica
19. SOBERON, Acevedo, Guillermo, KUMATE, Jesús. LAGUNA, José. La Salud En México: Testimonios de 1988, Desarrollo Institucional: Desarrollo Institucional: Desarrollo Social. 1ª. Edición, Tomo III Vol. 1. México 1988. Editorial Fondo de Cultura Económica
20. SOBERON, Acevedo, Guillermo, KUMATE, Jesús. LAGUNA, José. La Salud En México: Testimonios de 1988: Especialidades en México. 1ª. Edición, Tomo IV Vol. 1, México 1989, Editorial Fondo de Cultura Económica.
21. SOUZA, Silva, José de., ¿Una Época de cambios o un Cambio de Época?: Once Tesis para asociar al actual cambio de época al cambio institucional para el futuro de la agricultura, Conferencia organizada por la Coordinadora Nacional de las Fundaciones Produce (COFUPRO A.C.) E Cancún México en marzo de 1999.
22. TUROK, Maria, Dirección de Culturas Populares, México 1988.
23. WEBER, Max, EN, Acon, Raymond, Las Etapas del Pensamiento Sociológico, Tomo II, Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires, 1978.
24. WEISS, C.H; Investigación Evaluativa: Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción, 2ª. ED. Trillas, México, 1992