

1er. Congreso de Competitividad Organizacional.
Mesa: Competitividad y el talento humano
“Calidad en los servicios de salud: Enfoque centrado en el personal”
Universidad YMCA

Dra. Luz María Mercado Padilla
padilla9945@prodigy.net.mx Lago Alberto 337 Col Anáhuac C. P. 11320

Resumen

Entre los valores esenciales para el desarrollo de las naciones se encuentran la salud y el bienestar. Los sectores estratégicos de la economía no podrán funcionar adecuadamente si alguno de estos pilares falta o está incompleto. Es así que la salud se convierte en un asunto prioritario.

Mejorar la calidad de los servicios de salud es una necesidad apremiante tanto para los ciudadanos como para los gobernantes. Con la finalidad de contribuir a esta mejora, se realizó el presente trabajo en siete unidades médicas del IMSS a nivel nacional

Los resultados obtenidos son muy interesantes y se concluye con la necesidad de crear modelos propios de calidad y modernizar el sistema de selección de personal de manera que se consideren perfiles integrales de los candidatos a fin de garantizar grupos de trabajo afines entre sí, con la filosofía y, sobre todo, con los valores institucionales que lleven hacia la cultura de la calidad

Abstract

Among the essential values for the development of the nations are the health and the well-care. The strategic sectors of the economy will not be able to work appropriately if any of these props is missing or is incomplete. It is so the health becomes a high-priority subject.

To improve the quality of the services of health is an urgent necessity as much for the citizens as for the governors. The present work was make in seven units of medical attention of the IMSS, and this study done with the purpose of contributing to this improvement.

The obtained results reveal very intersting information and it goes over to the conclusion that it is suggested to update the methodology of selection of personnel for directive positions taken root in the concept of which all worker is a person who requires his of her dignity of human being and low this perspective to establish with scientific bases the harmonic conjunction of the work party that impelled by the example of the directors lives and is infected of the institutional culture towards the quality.

Índice.

Introducción	2
Metodología	10
Resultados	13
Conclusiones	20
Bibliografía	25

Introducción

La educación y el desarrollo del hombre tienen una relación muy estrecha con la salud que posee. Son cuatro los pilares que impulsan el desarrollo de una sociedad: educación, trabajo, bienestar y salud. Los progresos en este último sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en el país y, son las instituciones de salud quienes fundamentalmente contribuyen al desarrollo de México en muy diversos campos.

Es de esta forma que el sector salud se vuelve un: “mirador desde el cual se pueden observar muchos de los procesos sociales, económicos y políticos de nuestros tiempos...la salud representa un punto de confluencia” (Frenk, 1993) Es en la salud, precisamente donde se articula la política económica y social del individuo y la sociedad, e insertan en un solo plano lo público y lo privado, la eficiencia, la equidad y la acción asistencial.

Para lograr y mantener “ese bien incomparable de la salud, han surgido toda clase de programas gubernamentales que parten de la base de que la salud no es otra cosa que el bienestar físico y social del individuo” (Attkinson, 2004); así que los gobiernos se han preocupado en incrementar los esfuerzos para preservarlo, prestando los servicios de salud a toda la sociedad de cada país. La afiliación obligatoria de seguridad social integral, privada o estatal, es de aplicación general.

Entre las prioridades de la Organización Mundial para la Salud (OMS), se encuentra la importancia que se le ha dado al objetivo de los servicios de salud¹: proteger y mejorar la salud de la población. Este organismo, hace también hincapié en que la eficacia con que se conseguirá éste, depende de los servicios que se presten y de la manera como estén organizados.

La responsabilidad, dentro del engranaje de acciones a seguir por los gobiernos hacia la prevención de la salud y curación de enfermedades, recae en el sistema de salud y los resultados de su actividad los mide directamente el enfermo, sus familiares y la comunidad a la que pertenece.

Las administraciones gubernamentales de los países deben de garantizar, entre otros, el derecho fundamental de los individuos a la salud física y mental, al trabajo, al desarrollo personal, al bienestar y a vivir la vejez con dignidad.

Las reformas en los sistemas de salud se caracterizan por la búsqueda creativa de

¹ También resalta la importancia del bienestar social ya que: “ los hombres sólo pueden realizarse plenamente en sociedad, y son el origen y fin de las actividades económicas, la economía futura deberá reorientarse en un sentido humano y social, con el estudio del bienestar social como área de importancia primordial” (Tijerina, 2002).

formas de organizar y financiar la atención de la salud, para alcanzar los objetivos de equidad, calidad y eficiencia.

En general plantean, en los objetivos estratégicos, programas de desarrollo social integral que lleven a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, multiplicar las oportunidades de crecimiento económico y estimular el crecimiento intelectual.

La salud pasó de ser una consideración de segundo orden, a convertirse en una estrategia insustituible dentro de la política general del bienestar para el desarrollo. Se reconoce ya que es un bien económico, con repercusiones sobre variables críticas como productividad, inflación, empleo y competitividad. Hoy en día las condiciones de salud brindan o restan legitimidad a un régimen de gobierno.

En México, el Programa Nacional de Desarrollo, conector de que la salud es un bien capitalizable, que incide en el bienestar social, la economía y la política, propone la dirección eficiente de las estrategias de salud, por lo que el Sistema de Salud “aumenta –cada vez más- su complejidad y absorbe una cantidad creciente de personal, recursos materiales y financieros” (Soberón, 2003).

Darse cuenta de esta complejidad, así como de la globalización de la economía, entre otros factores, obliga a las organizaciones a efectuar un auto análisis y reflexión sobre su actuación en la sociedad, para poder asumir sus debilidades y convertirlas en fortalezas, ante la inminente exigencia del mejoramiento continuo en los procesos, productos, servicios y atención.

De hecho, quien acude a solicitar atención médica, parte del supuesto de llegar a una institución que cuenta con todos los recursos necesarios para la solución de su problema de salud; como son los tecnológicos, materiales, equipo, medicinas, así como profesionistas competentes y éticos.

La pregunta crucial, ante esta panorámica, es si el actual sistema de salud se ajusta al nuevo país que se ha ido conformando, resultado de las profundas y recientes transformaciones y aún si esto es así, se plantea el reto de considerar las alternativas para mejorarlo.

En este contexto, surge la necesidad de analizar la administración de la calidad de este sector para que, a través de un diagnóstico, se identifique el avance que tiene y los puntos a mejorar. Esto, que ya de por sí es una tarea difícil, se vuelve aún más debido a la gran complejidad de los factores y situaciones inherentes a este tipo de actividad.

La administración hospitalaria tiene como característica específica preservar la salud, en este tipo de organización el dirigente es la “cabeza de la vigilancia y control de la institución, prevé las fallas, si se presentan las corrige oportunamente a fin de atender a cabalidad las expectativas y demandas del paciente” (Malagón, 2000) y, a su vez, es el gran coordinador de todas las acciones como: planeación, organización, satisfacción del trabajador, presupuesto, evaluación,

retroalimentación, ética y búsqueda constante de la mejora continua para entrar al mundo de la calidad total; independientemente de ser el ejemplo a seguir por los empleados.

En materia de salud, hay dos situaciones interesantes que se deben aclarar. Por un lado, al iniciar el proceso de administración de calidad, existe una tendencia a denominarlo gestión, siendo que este término se aplica sólo a la fase práctica de tramitación de documentos. En este trabajo se plantea rescatar el concepto de administración, debido a que el término gestión² es inapropiado para la descripción del proceso integral administrativo, que se requiere para el departamento de calidad.

El segundo punto es enfatizar que el personal que se dedica a los servicios de salud, por las características propias de la labor que desempeña, al estar en constante lucha entre la vida, la muerte y la calidad de vida, tiende a mantener un alto grado de estrés e inclusive con frecuencia presenta el síndrome de burnout³. Por lo cual, para poder realizar con calidad sus labores, necesita poseer un perfil muy exigente en cuanto a valores éticos y morales. Este personal requiere un carácter fuerte y ser muy competente en su ramo.

La administración hospitalaria busca lograr objetivos de descentralización de la responsabilidad, mejora de las relaciones entre profesionales, usuarios y directivos y un control de costos vinculando la financiación de la actividad asistencial. El objetivo eje conductor de la última década es el preservar la salud desde las medidas de prevención y calidad: “La esencia de la gestión clínica es reducir la brecha entre eficacia – lo que puede conseguirse- y eficiencia –los resultados-, mientras que la mejora de la calidad pasa por cruzar el abismo entre el mejor cuidado posible y el cuidado rutinario (Rueda, 2007); de tal forma que la cruzada nacional por la calidad se ha generalizado a todo el sector salud.

En la última década, se ha enfatizado en que los programas de salud (Attkinson, 2004):

1. Centren sus esfuerzos en la prevención y el autocuidado de la sociedad en general.
2. Respondan a una planeación estratégica.
3. Ingresen a la cultura de calidad total.
4. Den preferencia a la investigación.
5. Sistematicen la evaluación y retroalimentación de los sistemas y procesos.

² En México la palabra gestión tiene este significado, la traducción que se hace de esta palabra no atiende al significado en español del concepto.

³ Se caracteriza por un alto grado de estrés profesional, algunos le dicen del “quemado”.

6. Pongan especial atención en la ética que se manifiesta en todas las áreas de la atención médica, como son la administrativa, las relaciones interpersonales, la comunicación, investigación y la docencia dentro de la institución. La ética exige una educación permanente del personal a todos los niveles.

El compromiso de la seguridad social es atender a los ciudadanos en sus expectativas de salud, informarlos y respetar su capacidad de decisión, trabajar en forma integrada, organizada y eficiente, para conseguir resultados óptimos en un entorno acogedor, seguro y confortable, a fin de lograr que el sistema de salud responda mejor a las necesidades de la población, mediante estrategias que promuevan la equidad, calidad y eficiencia de los servicios.

La única forma en que se puede garantizar que una institución se está esmerando en la mejora continua, es la evaluación sistemática de la calidad, de los medios estructurales, los procesos asistenciales y los resultados; a fin de atender, cada vez mejor, a los usuarios en sus expectativas. Todo esto, a su vez, debe complementarse con la evaluación constante del clima laboral y la eficiencia del liderazgo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, “como testimonio fehaciente de que los intereses de obreros y empresarios pueden y deben ser concurrentes en beneficio de todos, se ha convertido en el instrumento para proteger la vida del trabajador y su familia” (IMSS, 2006). La labor de este Instituto se lleva a cabo fundamentalmente contra los riesgos de la existencia, para contribuir a lograr un desarrollo en paz, una vida mejor, para crecer y generar empleos y que a través de éstos se sirva a la sociedad.

Esta organización, que se encuentra a la vanguardia en el sector salud, se ha preocupado de mantener esta posición, procurando realizar el diagnóstico de los servicios que presta y localizando las áreas de oportunidad y mejora.

La inversión económica que se destina al rubro de capacitación y sensibilización del personal hacia una cultura de mejora continua es muy fuerte y permanente. Los cambios en la estructura organizacional, que se gestan desde el 1999 para implementar un área específica de calidad, encargada de establecer la plataforma básica y llevar a cabo las estrategias de implantación y consolidación de la calidad en el IMSS, da lugar a la Dirección de Administración y Calidad (DAC), donde se integra la Unidad de Calidad y Normatividad, con la finalidad de cumplir una amplia gama de responsabilidades que abarca, entre otras, la calidad interna de la institución.

Esta dirección genera e implementa el “Modelo de Gestión de Calidad”, para establecer una estrategia normativa institucional y a fin de motivar al personal a apegarse a él, crea el Sistema de Evaluación Premio IMSS de Calidad, que surge “como una estrategia competitiva en materia de salud al interior de la institución y

es el mayor movimiento de calidad del país, ya que ha logrado casi siete veces más de participación que el Premio Nacional de Calidad... Sobresale que en 2002 se obtuvo el Reconocimiento Innova – que otorga la Presidencia de la República- para el Premio IMSS de calidad, como modelo de gestión de calidad” (IMSS, 2007) Por medio de éste se logra la certificación de las unidades.

El modelo se adaptó del europeo de excelencia European Foundation Quality Management (EFQM), que se elaboró para empresas privadas y se implementa con un enfoque de procesos, que da énfasis a la satisfacción del usuario y la mejora continua.

La administración hospitalaria es muy compleja. La dirección de una institución, además de ser un arte, es también una ciencia que requiere conocer la teoría administrativa, al personal, los procesos, métodos, técnicas, tecnología hospitalarios y médicos, así como los objetivos y metas institucionales; es decir, la filosofía institucional, para después manejarlos y aplicarlos con la calidad humana intrínseca del individuo. Esto es el liderazgo nato o carisma, lo que aunado a los valores éticos y morales, le da el sello personal a cada director.

La acción concreta de ejecución de la administración de la calidad, va a depender del tipo de liderazgo ejercido y de las características propias del grupo de trabajo, que propician un determinado clima laboral, por más que respondan a una misma estrategia e institución. Estas variables, conjugadas, implican el óptimo aprovechamiento de los recursos y el nivel de calidad en la atención brindada.

Es muy importante el estudio de esta institución, debido justamente a que en su filosofía promueve de manera integral la calidad de vida, tanto del trabajador como de su familia. A sus preceptos de seguridad y solidaridad social respondió con la apertura de la seguridad en la salud, no sólo al empleado, sino también a los suyos. Si de algo puede vanagloriarse esta organización es de ser la institución que mantiene aseguradas a las personas desde antes de nacer (embarazo), durante su vida productiva, en la vejez (jubilaciones) y después de la muerte (pensiones).

Con esta misma filosofía de calidad de vida, se dedicó a instrumentar los mecanismos adecuados para que el trabajador y su familia tengan acceso a prestaciones y beneficios educativos, económicos, sociales, culturales y recreativos.⁴ Con todas estas acciones, es evidente que las administraciones del IMSS caminaron con el rumbo que le exigía la filosofía que le obligó a nacer.

En el transcurso del tiempo, las políticas gubernamentales a nivel internacional y nacional empezaron a cambiar hacia el neoliberalismo, que esta organización tuvo

⁴ Al principio de solidaridad respondió abriendo sus instalaciones en poblaciones campesinas y lugares alejados, también permitió el acceso a los servicios médicos para los desempleados durante seis meses, a los campesinos y a los estudiantes.

también que acatar. Poco a poco se fue modificando la raíz filosófica de calidad de vida, hacia la calidad en los servicios. Y con las tendencias actuales de competitividad, la lucha actual es por implementar el modelo de calidad total en todas las unidades, tanto médicas como no médicas, a nivel nacional.

Actualmente, la Dirección de Administración de Calidad del IMSS exige apego estricto al modelo de calidad total implementado: “el concepto.... de que la calidad no tiene gradientes y por tanto existe o no existe, se impone de manera absoluta en el campo de la salud” (Lamata, 2005) . Es decir, cuando de salud se trata, no existen excusas.

En el sistema de salud confluyen diferentes niveles de atención médica: la unidad de medicina de primer nivel a donde se acude por enfermedades menores y crónicas, los hospitales de segundo nivel que se encargan de las aquéllas que requieren una atención más acuciosa y el tercer nivel que corresponde a unidades médicas de alta especialidad. Sea cual fuere el nivel, la organización se desarrolla en el ámbito de la complejidad, y pretende cumplir su misión de salvaguardar la salud y garantizar la vida del usuario. También busca dar respuesta efectiva a cuanto espera la comunidad en materia de salud y bienestar.

El IMSS es una de las organizaciones de salud más prestigiada a nivel latinoamericano; por lo cual es evidente la necesidad de realizar un diagnóstico en las unidades médicas acerca del apego que tienen al modelo implementado y detectar las áreas de oportunidad, de tal forma que se pueda evaluar conjuntamente la parte administrativa y la dinámica psico - social que la cobija. También es preciso verificar si está dando respuesta a los cambios que han conformado un nuevo país, y, por lo tanto, un ciudadano diferente en necesidades, expectativas y actitudes.

El planteamiento específico de este trabajo se propone analizar los métodos y técnicas administrativas que los directivos y mandos medios aplican, específicamente en el Criterio Personal, la forma en que éstas influyen en la percepción del liderazgo, y el clima organizacional que se propicia. La investigación se realiza en los tres niveles de atención, con una muestra seleccionada de las unidades a nivel nacional que han demostrado su interés en la mejora continua, al participar en la certificación de calidad desde el año 2004.

El objetivo es conocer en qué medida el modelo de administración común que impuso la DAC se adecua a los servicios de salud y si está logrando el éxito deseado. Como hipótesis, se espera que las unidades certificadas tendrán mayor apego al modelo, un liderazgo legitimado por el grupo de trabajo y un clima laboral más favorable que los centros de salud que se encuentran en proceso de certificación.

En caso de que en el diagnóstico realizado se encuentre lo contrario, se induce la necesidad de desandar el camino y elaborar un modelo de calidad específico para

el área médica, con la característica de mantener un enfoque centrado en el personal, reconociéndolo como ser humano y revalorando el papel del departamento de recursos humanos, que deberá actualizar su metodología de selección, sobre todo de los directivos- líderes para integrar equipos de trabajo con mayores perspectivas de calidad ética y moral, competencias laborales, entre otros, que conllevan a la armonía en el trabajo-.

Se aplicaron cuestionarios objetivos mixtos a los directivos encargados de la implantación del modelo en las unidades muestreadas. Este cuestionario mide el nivel de conocimiento de las estrategias de calidad en el Criterio 5 (Personal del Modelo de Calidad), el grado en que les ha ayudado a mejorar como dirigentes, al proceso y al personal a su cargo. Al personal en general se le aplicó la prueba de R. H. Moss, que mide el clima laboral y el Silva de liderazgo, para definir si hay relación entre ellos y si hay un estilo prevaleciendo especialmente en la institución.

Finalmente, se aplicó un cuestionario abierto explorando los conocimientos que tienen, tanto el nivel directivo como los operativos, sobre la filosofía institucional. El análisis de los resultados indica que es muy pobre el conocimiento que hay de la filosofía institucional (visión, misión y valores), tanto de parte de los directivos como de los trabajadores, que las estrategias administrativas pueden ser bien o mal manejadas y aplicadas, no importando si la unidad ya certificó o todavía está en vías de hacerlo y que el liderazgo es muy propio de la institución, pues usualmente se trata de un líder "normativo"; es decir, que se apega irrestrictamente a lo normado, aún en el de caso situaciones fuera de lo común y no propicia en especial un clima laboral favorable.

Esto llevó a la reflexión de las causas últimas de no encontrar diferencias estadísticamente significativas para las variables en las unidades de primer nivel y tampoco en los otros niveles de atención médica.

Por un lado la explicación a esta situación se localiza en el tipo de administración, que es burocrática y, por lo mismo, tiende a repetir patrones culturales laborales antiguos. Así pues, la Institución cuenta con múltiples niveles administrativos, políticas y procedimientos, que resultan incapaces de responder con efectividad a los rápidos cambios registrados, además de personal con una gran resistencia al cambio.

Por otra parte, la mayoría de los trabajadores están afiliados a un sindicato que hace tiempo perdió el rumbo, ya que originalmente se constituyó para la defensa del trabajador y el desarrollo óptimo de la institución⁵. En la actualidad es un

⁵ Los sindicatos se crearon para que al trabajador se le respetaran todos los derechos constitucionales, para hacerle cumplir con sus obligaciones contractuales y acordar con los patrones el camino a seguir para el desarrollo de la institución.

organismo que se ha dedicado a ignorar a los eficientes y mantener un ritmo de trabajo regido por “el menor esfuerzo”. A pesar de las declaraciones de los tres últimos médicos que han ocupado la Secretaría General del Sindicato, sobre los aportes llevados a cabo por éste en su “Alianza por la Calidad”, la realidad de más de sesenta años se impone.

La otra explicación que se encuentra para estos resultados, es el haber impuesto un modelo adoptado de la comunidad europea, que se diseñó para empresas privadas. La Dirección de Calidad, en lugar de realizar investigación para adecuar modelos de calidad diferentes en las diversas unidades, implementa el mismo esquema para toda la institución.

Eso arroja los resultados adversos, porque las unidades, si bien tienen misiones apegadas a la seguridad y solidaridad social, con frecuencia no están enfocadas a la salud en específico.

De ahí surge la propuesta de Administrar la Calidad con un Enfoque Centrado en el personal, para consolidar la filosofía de calidad de vida laboral con la que el IMSS inició sus actividades y que se expresa en la solidaridad social de manera más amplia.

Es de esperar que, con este tipo de administración, se configure un sistema de pensamiento que impregne al personal, despierte sus inquietudes y suscite respuestas con enfoques nuevos y acciones que respondan al nuevo paradigma. Cuando las necesidades biológicas y psicológicas del hombre están cubiertas, la productividad, competitividad y satisfacción, tanto del paciente o usuario como de los trabajadores, es inherente al proceso.

Además, retomando la importancia del liderazgo que el equipo directivo ejerce en los empleados, y constatando que un líder con valores es el ejemplo motivador de sus conductas, se propone la actualización metodológica de la selección del personal de jefatura, atendiendo a las nuevas orientaciones psicológicas, que propician un equipo de trabajo competente y armónico.

Se pretende contribuir a definir y evaluar las opciones existentes, para lograr que el sistema de salud mexicano responda mejor a las demandas, necesidades y expectativas de la población, con miras a coadyuvar en el desarrollo del país.

La idea es lograr “confiar en las personas para las cuales trabajas, sentir orgullo por lo que haces y disfrutar con las personas con las cuales trabajas” (Mendoza, 2007), así como empezar a reconocer la cantidad de beneficios asociados a tener un entorno de trabajo favorable.

Entre estos beneficios se encuentran las ventajas competitivas que pueden hacer distinguir al IMSS como la organización de salud más prestigiada en América, al conseguir que la Institución logre la modernidad de los servicios de salud: “con una elevada flexibilidad organizativa, una tecnología y unos sistemas de gestión (administración) avanzados que proporcionen servicios de carácter competitivo en

calidad y costo, con un nivel elevado de satisfacción al cliente” (Linaza, 2007) y que además incrementa la innovación, creatividad, investigación y prevención en la salud.

Se concluye que se debe rediseñar el sistema de administración de la calidad, para darle la dimensión integral que realmente tiene. Se resalta que la dirección⁶ tiene la función más importante para lograr los objetivos de la institución, pues deberá ejemplificar de forma esmerada y responsable el cuidado de la unidad médica, los pacientes y el personal que se le esté confiando, para llegar a tener la cultura de calidad como: “expresión de lo cotidiano (que) permea todos los aspectos de la vida de los actores culturales” (Varela, 2007) y tendrá también que motivar a la integración de un equipo de trabajo que propicie el clima laboral favorable.

Finalmente queda a reflexión la necesidad de retomar los avances que los médicos e investigadores mexicanos habían logrado en su documentación sobre calidad, desde 1972 a 1984, cuando fue el florecimiento de este tema en los servicios médicos, conjuntamente con los criterios expresados por el propio Avedis Donabedian, en el concepto poco explicado y nulamente explorado de la calidad que se inicia en la persona misma, en la ética y el amor que tenga por su trabajo. Esta proposición brinda la oportunidad de iniciar el camino hacia la cultura de la calidad, si se le considera como la premisa fundamental.

Metodología.

Las preguntas a responder en este trabajo son:

¿Cuál es el apego que tienen, las unidades médicas del IMSS, a las estrategias administrativas de calidad que aplican para satisfacer el “Criterio 5 Personal” del Modelo de Calidad Total?,

¿Cuál es el estilo de liderazgo y el clima laboral que prevalece en ellas?,

¿Son diferentes estas variables en el personal que labora en clínicas certificadas de quienes están en proceso de obtenerla?

Ante la necesidad de administrar un proceso, o conocer el avance que tiene, es necesario “establecer un diagnóstico basado en la investigación de la situación vigente, los antecedentes, las situaciones colaterales, la exploración in situ del problema, identificación de... oportunidades para estar en condiciones de proponer alternativas de solución” (Montiel, 1997). La problemática planteada en este apartado tiene dos vertientes, por un lado conocer el avance del MCT implantado, así como saber cuáles son las condiciones psicosociales que han

⁶ En inglés el nombre que se le da a este tipo de gestión es *stewardship* y en España, *rectoría*.

surgido en torno a él y, por la otra, ver si esas características son diferentes en unidades certificadas de las no certificadas.

Con los resultados de éste diagnóstico, se está en condiciones de intervenir en el proceso de mejora al puntualizar las oportunidades localizadas y darle seguimiento y continuidad.

En primera instancia, se realizó un diagnóstico del Criterio 5 Personal del MCT IMSS y, a partir de los resultados se propone el modelo de intervención para incidir en las oportunidades de mejora que se encontraron; por lo tanto, el estudio consiste en:

A Diagnóstico del Criterio 5 de Personal⁷ del Modelo de Calidad Total del IMSS.

B Propuesta de modelo de administración de calidad en el IMSS para las unidades médicas⁸

Objetivo General.

Diseñar un modelo de administración de calidad, para el criterio 5 Personal, que responda a las necesidades de la salud pública con un enfoque centrado en el personal considerado como persona humana.

Hipótesis 1. En las unidades médicas certificadas en calidad, se encontrará mayor apego⁹ a las estrategias administrativas en el “Criterio 5 Personal”, del MCT que en las unidades que están en proceso de certificación.

Tipo de estudio.

De acuerdo a la problemática planteada el estudio es (Canales, 1990):

- Correlacional al indagar la dirección y fuerza de la relación entre las variables de estilo de liderazgo y clima laboral.

⁷ El estudio, diagnóstico y evaluación de todo el modelo es un proceso que requiere de un equipo interdisciplinario a fin de contemplar todas las especialidades de la administración, por lo que el presente trabajo centra su esfuerzo en el área más conocida y en la cual he tenido la experiencia profesional de más de veinte años que es la administración de personal indicada en el modelo en el Criterio con el número 5

⁸ Esta propuesta puede considerarse como modificación al Modelo completo por tratarse de los cambios referentes al Criterio 5 Personal.

⁹ El apego se define como conocimiento y aplicación de las estrategias administrativas de calidad para el personal.

- Comparativo al proponer conocer las diferencias entre las variables por niveles de certificación de calidad.

Exploratorio al identificar las estrategias administrativas que conocen y utilizan en las unidades, el nivel de autoevaluación que tienen en el modelo de calidad y el conocimiento de la filosofía institucional

La muestra quedó conformada de la manera siguiente:

NIVEL DE ATENCIÓN	Estado	Certificadas/ total de muestra (279)	No certificadas/ total de muestra (703)	Total por nivel
PRIMERO	MONTERREY, Nuevo León	UMF No. 3 (71) UMF No. 26 (78)	UMF No. 27 (41) UMF No.64 (74)	264
SEGUNDO	ACAPULCO, Guerrero VERACRUZ, Veracruz	HGR. No. 1 “Vicente Guerrero” (130)	HGR. No.71 “Benito Coquet” (246)	376
TERCERO	CIUDAD OBREGÓN, Sonora		UMAЕ Hospital de Especialidades No. 2 “Luis Donaldo Colosio” (342)	342
Total de	Participantes	En la muestra		982

Resultados

En esta sección se realiza un resumen de los resultados más importantes y sobresalientes de la investigación en torno a las variables estudiadas para finalizar con la discusión de los mismos. Los análisis estadísticos completos que se aplicaron con los resultados se encuentran en el anexo correspondiente para tener datos pormenorizados de cada uno de ellos.

5.1 Comparación de las diferencias entre los grupos.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación:

¿Cuál es el apego que tienen, las unidades médicas del IMSS, a las estrategias administrativas de calidad que aplican para satisfacer el “Criterio 5 Personal” del Modelo de Calidad Total?

Se planteó la:

Hipótesis 1. En las unidades médicas certificadas en calidad, se encontrará mayor apego¹⁰ a las estrategias administrativas en el “Criterio 5 Personal”, del MCT que en las unidades que están en proceso de certificación.

Para comprobar si hay diferencias estadísticamente significativas entre las unidades certificadas y las no certificadas, se aplicó la prueba t. En una primera instancia, se reportan los resultados del personal directivo que es el encargado de aplicar las estrategias administrativas, son 143 puestos de jefatura en total que se analizaron.

En cuanto a las estrategias administrativas, la comparación que se da entre las unidades del primer nivel de atención médica certificadas (3 y 26) con las no certificadas (27 y 64), las diferencias entre los grupos son muy pobres.

No hay resultados significativos para las estrategias administrativas, es decir, en cualquier unidad que se encuentren laborando, serán los mismos conocimientos y aplicaciones.

En lo que respecta a las preguntas de investigación ¿Cuál es el estilo de liderazgo y el clima laboral que prevalece en ellas?,

Se plantearon las hipótesis:

Hipótesis 2. El estilo de liderazgo será más negociador en las unidades certificadas que en las que están en proceso de certificación.

Hipótesis 3. El clima laboral será más favorable en las unidades certificadas que en las unidades que están en proceso de certificación.

Los resultados, al menos para este nivel de atención médica, siguen siendo muy pobres. Solamente en dos dimensiones de clima y una de liderazgo se destacan. Analizando las dimensiones que resultaron con diferencias significativas, es interesante notar que es más representativa de la percepción del clima la de implicación o compromiso de los trabajadores para con la institución y la organización del trabajo y se da esta diferencia en cada una de las unidades certificadas(UMF3 y 26) contra las no certificadas (UMF27 y 64) La comodidad, resultó con diferencias significativas entre la unidad 3 y la 64; esto es más

¹⁰ El apego se define como conocimiento y aplicación de las estrategias administrativas de calidad para el personal.

objetivo que perceptivo ya que la primera es más grande y sus instalaciones más modernas; en cambio, la No. 64, es muy pequeña inclusive en el número de trabajadores, la diferencia física es notoria.

La única dimensión de liderazgo que tiene significancia es el estilo de evitación que parece ser más utilizado en éstas unidades pues en el resto de la muestra no se encuentran datos parecidos.

Dimensión (10 clima,5 liderazgo)/ significancia	UMF 3 – UMF 64		UMF 26 – UMF 27	
	F	Sig.	F	Sig
Apoyo	.690	.407	1.53	.218
Autonomía	.270	.604	.067	.796
Control	1.24	.266	.601	.440
Cooperación	.500	.481	.577	.449
Comodidad	4.90	.02	.337	.53
Claridad	.458	.500	1.27	.262
Organización	.062	.804	10.9	.00
Implicación	3.64	.05	.037	.849
Innovación	.002	.963	.001	.980
Presión	.131	.718	1.91	.169
Armonización	2.40	.123	.001	.975
Dominación	.107	.744	.205	.652
Evitación	.405	.525	4.01	.04
Negociación	.002	.967	.022	.883
Resolución de p	.051	.821	.378	.540
Autoevaluación	.131	.722	* ¹¹	*
Programas institucionales	.524	.480	*	*

En el segundo cruce para la prueba t donde las unidades 3 y 26 son certificadas, los resultados son más pobres todavía. Únicamente se reporta significancia en la unidad No. 27 para la dimensión de implicación o compromiso y la de sentirse presionado por los jefes para el desempeño del trabajo.

¹¹ La Unidad de medicina Familiar No. 27 solamente participó con un directivo, por lo que no se pudieron realizar estos análisis exitosamente.

	UMF 3 – UMF 27		UMF 26 – UMF 64	
Dimensión (10 clima,5 liderazgo)/ significancia	F	Sig.	F	Sig
Apoyo	2.55	.113	.059	.808
Autonomía	2.59	.110	1.38	.240
Control	.013	.909	.008	.927
Cooperación	1.75	.188	.000	.985
Comodidad	.016	.901	2.70	.102
Claridad	.343	.559	1.74	.189
Organización	2.79	.098	2.47	.118
Implicación	4.14	.04	.145	.704
Innovación	.133	.716	.259	.612
Presión	6.27	.01	1.00	.318
Armonización	3.30	.072	.133	.716
Dominación	.005	.944	.056	.814
Evitación	.228	.634	1.38	.241
Negociación	.038	.847	.000	.989
Resolución de p	.320	.573	.021	.885
Autoevaluación	*	*	.073	.791
Programas institucionales	*	*	.723	.411

Con estos resultados, se rechaza la hipótesis de trabajo, al menos para las unidades de primer nivel de atención médica.

Para los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, los resultados son muy diferentes. En las estrategias administrativas, hay diferencias estadísticamente significativas para todos los casos. Es decir, los directivos de las unidades certificadas tienen conocimientos y aplicaciones diferentes a las de los que están en proceso de certificación.

El clima laboral también tiene significancia, aunque para el caso de la UMAE sólo en tres dimensiones y en el hospital en la mitad de las dimensiones que se midieron.

En liderazgo, son muy pobres las diferencias, y en cuanto a lo que la hipótesis de trabajo 3 plantea, no hay ningún dato para el estilo negociador por lo que se rechaza esta hipótesis.

	HGR No. 1 – HGZ No. 71		HGZ No.1–UMAE No. 2	
Dimensión (10 clima,5 liderazgo)/ significancia	F	Sig.	F	Sig
Apoyo	2.54	.112	2.51	.114
Autonomía	.032	.859	.785	.376
Control	.4.52	.03	5.16	.02
Cooperación	4.82	.02	3.33	.068
Comodidad	4.52	.03	13.2	.00

Claridad	6.70	.01	7.16	.00
Organización	.470	.493	.006	.937
Implicación	7.23	.00	1.04	.307
Innovación	.058	.809	2.19	.140
Presión	1.31	.253	2.83	.093
Armonización	11.2	.00	5.95	.01
Dominación	5.18	.02	1.27	.259
Evitación	.673	.412	.000	.993
Negociación	4.99	.02	3.23	.073
Resolución de p	8.513	.00	8.21	.00
Autoevaluación	8.28	.00	13.6	.00
Programas institucionales	11.3	.00	4.90	.00

Para saber si hay diferencias significativas en lo que a clima laboral y estilo de liderazgo se refiere, por parte de todo el personal de las unidades estudiadas, los resultados sobresalientes son los siguientes.

Unidades de medicina familiar certificadas (3, 26) comparadas con las no certificadas (27, 64). La comparación se hace con todos los trabajadores en clima laboral y liderazgo y los resultados indican que observar, son dos las dimensiones que tienen una diferencia entre los grupos, para ambos casos la implicación, es decir el compromiso que los empleados sienten hacia la institución, para el primer grupo la otra diferencia se localiza en la comodidad con el mobiliario, equipo y edificio en el que se encuentran.

En el segundo grupo de comparación es la presión que perciben los trabajadores de parte de sus jefes hacia ellos para terminar el trabajo bien y en tiempo.

En lo que respecta al estilo de liderazgo, no hay ninguna diferencia entre los centros de trabajo.

Se puede observar que el liderazgo de armonización se mantiene tanto para unidades certificadas como no certificadas.

Para estas unidades si se acepta la hipótesis de trabajo 1 debido a que reportan diferencias significativas en el liderazgo de negociación entre el hospital certificado y el no certificado.

Es de hacer notar la importancia que tiene la comunicación efectiva, es absolutamente indispensable para generar liderazgo y relación interpersonal. Quizá la relación interpersonal entre el cliente y el personal organizacional es más importante en la medicina que en ninguna otra organización “La interacción médico-paciente es una relación interpersonal que requiere, de hecho, demanda, estas habilidades (Woods, 2005)” y dado que todos los puestos de jefatura pertenecen a médicos o enfermeras, era de esperar que cultivaran esta habilidad, sin embargo, los resultados muestran lo contrario sobre todo para las unidades de primer nivel

Seis de las 10 dimensiones de clima laboral reportan diferencias significativas entre el hospital certificado y los que no lo están, por lo que también.

No obstante, por pertenecer a la muestra que se encuentra ya con una calificación de calidad, se esperaría que tanto el trato como el conocimiento debería de estar muy cercano a la excelencia.

En lo que respecta a la filosofía organizacional, debido a que se sustenta en ella la cultura de la calidad y la propone el modelo institucionalizado como la base fundamental en la que se finca, es muy notorio que solamente queda en la teoría, pues el tenerla impresa en el reverso de sus gafetes de identificación, no implica ni que la lean, la conozcan y mucho menos que la vivan.

Por otro lado hay que destacar que es de las unidades que tienen mayor número de personas con licenciaturas y posgrados, es decir, que tienen mayor necesidad de encontrar retos en sus labores cotidianas.

Por principio, las teorías de la calidad, desde sus iniciadores en las empresas privadas como Edward Deming y Avedis Donabedian en las organizaciones de salud, indican muy claramente la necesidad de tener líderes con compromiso institucional; es decir, que conozcan y sigan diariamente la visión y misión de las empresas, y que demuestren en sus actitudes y conductas los valores organizacionales. Es tan importante la visión y misión, que todos los planes y programas deben estar alienados al cumplimiento de éstas. Asimismo, se espera que el desempeño laboral en pro de esos objetivos se logrará transmitiendo los valores que marca la organización.

Sin embargo, es un dato revelador el encontrado por este estudio: el que la visión, misión y valores, tanto institucionales como de sus centros de trabajo son prácticamente desconocidos por todo el personal, no importa si son jefes o empleados, si pertenecen a una unidad certificada o en proceso de obtenerla.

En general, el personal sabe que pertenece a una organización de salud y que debe prestar los servicios de la mejor manera posible. La dificultad radica en que la educación hacia la filosofía institucional es muy pobre o nula y, por lo tanto, el personal desempeña sus labores de una manera rutinaria, sin compromiso organizacional y de forma más bien apegada a las conductas que con seguridad tiene cotidianamente, de acuerdo a su estrato social, educación y personalidad.

El IMSS se ha empeñado en extender la calidad total a toda la institución, por medio de un modelo de administración de la calidad que se apega más a las empresas privadas que a una organización pública de salud, y no ha considerado que son los valores de las personas los impulsores de las conductas reales y cotidianas, por lo que tampoco ha incluido, a la fecha, la medición de éstos para la selección del personal, sobre todo aquél que será asignado a unidades médicas.

Son éstas algunas de las razones que hacen suponer que es la naturaleza pública de la institución estudiada la que está interfiriendo en la dinámica social al interior de la misma, e impide que las hipótesis planteadas se cumplan.

Se trabajó con personal que, independientemente de su ubicación en la estructura organizacional, tienen el denominador común de ser seleccionados por un departamento ajeno a la unidad de trabajo donde prestan sus servicios; los jefes no tuvieron ninguna injerencia en su contratación y tampoco saben la calidad moral que tienen. Es decir, aunque sea el Director General de la unidad médica, no tiene ni voz ni voto en el personal que se le envía para ejecutar las labores.

De otro lado, no se sabe si el personal tiene las capacidades cognitivas, afectivas y conductuales necesarias para el desempeño del puesto, se supone que debería de tener al menos lo mínimo indispensable, pero en realidad, es necesario permitirle actuar para ir midiendo qué tanto conoce de sus labores en el trabajo.

Los puestos de jefatura en estos centros de trabajo pertenecen a médicos o a enfermeras, quienes deberían distinguirse por tener habilidades de comunicación eficiente (Woods, 2005), y por lo mismo tendrían gran capacidad de convocatoria y su liderazgo sería legitimado por el personal a su cargo. A pesar de la antigüedad que los directivos tienen en la institución y en el puesto, que en promedio es de 18 años y 10 años respectivamente, los resultados demuestran que el estilo de liderazgo es heterogéneo y no hay legitimidad en ellos.

Además, los resultados demuestran que los jefes en su mayoría desconocen las estrategias, métodos y técnicas de calidad para el personal; también indican que es indistinto si pertenece a la unidad certificada o no. El comportamiento laboral viene a ser el mismo más o menos.

Esto es, los directivos se apegan a la norma institucional, tal como lo marca la teoría burocrática, y debido a que está por escrito y los resultados se van exigiendo conforme a lo programado, no hay una preocupación ni por conocer este aspecto y manejarlo cotidianamente, ni por aportar ideas o ser creativo.

Estos resultados indican la indiferencia, por parte de los trabajadores, para desempeñar sus actividades con calidad y sin tener el más mínimo interés en competir con sus compañeros. Cabe recordar que perteneciendo a una institución burocrática, lo importante no es destacar en el desempeño de sus labores, pues eso no les asegura ninguna ganancia extra, ni económica ni social o laboral. En ocasiones, incluso es todo lo contrario y sólo suelen buscarse dificultades cuando intentan cumplir más de lo mínimo establecido por la dinámica laboral de la unidad de trabajo.

Además, cabe destacar que la competencia, en general, se da más en el plano de la deslealtad y lejos de competir resaltando las cualidades y virtudes de la persona propuesta, se señalan los defectos y falta de valores morales y éticos del contrincante. Esta situación es prácticamente imposible que se dé en el IMSS,

puesto que el Contrato colectivo de Trabajo tiene una cláusula que castiga a la persona que se atreva a señalar el mal desempeño laboral de su compañero.

De hecho, la cultura laboral establecida desde hace muchos años, moldea a los nuevos empleados a ejecutar el mínimo esfuerzo. Se han dado casos, inclusive, de presionar a las autoridades a adecuarse al ritmo de trabajo que ellos establecen, ya sea llevando casi a diario a las autoridades sindicales para que “regañen” al directivo o llegando al grado de quemar el lugar de trabajo.¹²

La prueba estadística que se utilizó para la comprobación de la hipótesis 1 fue la T, con ella se puede saber si hay diferencias significativas entre los grupos. Los resultados arrojados solamente dan soporte a la hipótesis cuando se trata de unidades de segundo y tercer nivel de atención médica.

Las unidades de medicina familiar no se destacaron en ninguna de las variables, ni al interior de la unidad ni en diferencias con las demás. Esto es, que tal como en las quejas que se exponen ante las autoridades institucionales, y en las que salen a la luz por los medios de comunicación, la falta de atención de calidad en este primer nivel se confirma, al constatar que los directivos no tienen un conocimiento de las técnicas, métodos y estrategias de calidad para el personal, a pesar de ser los centros de trabajo más pequeños, tanto en infraestructura como en personal.

En este caso la defensa de los directivos sería el que sus labores no se restringen solamente a atender los procesos de personal, sino a las finanzas, mantenimiento, entre otros; es decir, el todo integrado de la institución. Sin embargo, es menester puntualizar que son las unidades más pequeñas en infraestructura, funciones y personal. Por lo que los resultados pareciera que solamente indican la indiferencia hacia la motivación y desarrollo del desempeño laboral del personal a su cargo.

De acuerdo a las características de la teoría burocrática, en este grupo de centros de trabajo se deja sentir claramente la inercia, indiferencia y “robotización” del trabajo. Parece ser que al no tener que resolver problemas de salud graves, la actitud de competitividad y compromiso institucional se olvidan por completo, para apegarse a la dinámica cotidiana determinada por el mismo equipo laboral, que ya tiene su propio parámetro, dictado por los representantes sindicales al interior de la institución, que en realidad dirigen la calidad, cantidad, eficacia y oportunidad de los servicios¹³.

¹² En el año de 1997 los trabajadores quemaron la planta de lavado norte para que el director entendiera que no iban a trabajar más. El caso terminó cambiando al director.

¹³ Es tal la “supremacía” sindical ante los mismos directores generales, que algunas unidades se retractaron de recibir al grupo de investigación, debido a que estaban en días de elecciones y el sindicato se lleva a todos los trabajadores a su arbitrio.

Es muy clara la dirección de las acciones, se le da prioridad a los programas institucionales que son conocidos muy bien por los altos directivos de las unidades de trabajo, ellos se encargan de dar instrucciones a los funcionarios menores, quienes no cuestionan ni aportan, simplemente se dedican a repetir el patrón conductual solicitado y a intentar alcanzar los objetivos planteados.

Conclusiones

Reflexionar en los resultados de este trabajo contrastándolos con las teorías propuestas, llevó a la necesaria adopción de una postura filosófica, que enmarque el todo integrado de la administración para la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Acorde con la imperante campaña de compenetración con la filosofía inicial de donde surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social, que lo convirtió en la organización líder que brinda calidad de vida laboral a sus trabajadores y, para dar respuesta a los principios de justicia y dignidad humana, se planteó un modelo de administración que surge de la necesidad de identificar esos ideales y asumirlos como propios, a fin de que la salud, que es a quien sirve finalmente este tipo de instituciones, se vea beneficiada con el cambio de cosmovisión en los integrantes del organismo

La salud es un bien tan imprescindible, que los gobiernos tienen la necesidad de establecer programas que amparen a todos los ciudadanos y los protejan, una vez que adquirieron la enfermedad, para su recuperación. Afortunadamente, en la última década se han percatado de que es más importante educar para la prevención y se han diseñado las estrategias hacia este fin.

No obstante, no hay que olvidar que cuando de salud comunitaria hablamos, se intersectan una serie de variables que quedan fuera de control y afectan los resultados. Por poner un ejemplo, la cultura y condiciones propias del lugar, que aunque la etnomedicina ha tenido muchos avances en la comprensión de esta situación y establece la contemplación de ella para su vinculación con los programas nacionales, el camino es todavía muy escabroso.

Además, la problemática de prevención de la salud es evidente ante situaciones como la probabilidad de contagio ante una enfermedad novedosa, como la influenza AH1N1 que a principio de año se tuvo en el país. Las campañas para su control versaron precisamente en medidas preventivas tan evidentes como lavarse las manos constantemente.

A pesar de notar la sencillez de la actividad, para algunas regiones y comunidades, se convierte en una dificultad, al no contar con el líquido imprescindible para realizar la conducta de lavarse. Es decir, mientras que no exista justicia y equidad en la población, no se pueden esperar óptimos resultados de los programas gubernamentales de salud.

Vale la pena recordar que, para que exista salud, se requiere considerar, además de la prevención de los factores de riesgo en cuanto a enfermedades físicas, los factores psicológicos y sociales. Es decir, hablar de salud en la sociedad es implicar variables como salario, alimentación, educación, hábitos de higiene, entre otros. Bajo esta perspectiva, las instituciones de salud se están quedando cortas y quizá habría que denominarles centros contra la enfermedad, debido al quehacer que realizan.

La conclusión en este sentido es que el Estado exige una salud de la población apelando a la inversión que se hace en este rubro, sin tomar en cuenta que el Sistema Nacional de Salud trabaja parcialmente en ello, debido a la complejidad de la problemática y a la miopía que se tenía al respecto al considerar la protección de los enfermos y no la prevención de la salud y disminución de riesgos.

Por otro lado, en el análisis que se hizo del Instituto Mexicano del Seguro Social, nos percatamos que es una organización que atravesó por problemáticas fuertes desde su creación, al grado de tener que defenderse del un grupo de personas que no comprendía bien su papel en la sociedad y llegaron al grado de apedrear las oficinas donde se inició esta institución. Actualmente sigue teniendo problemas con los derechohabientes; pero al parecer, en esta ocasión tienen fundamento en la expectativa de salud que le es aplazada, debido a que no se atiende a tiempo la enfermedad, por factores como mala distribución y organización del trabajo, poca disposición del personal para desempeñarse con rapidez y calidad, y el diferimiento que se hace de entrega de medicinas por los problemas financieros que tiene la organización.

Considerando que el IMSS es una institución de vanguardia y ejemplo latinoamericano a seguir, se realizó la presente investigación para conocer si la estrategia de imponer un modelo de calidad ajeno a la salud pública está dando los resultados esperados, tanto en el apego al mismo como en el liderazgo y clima laboral favorable que teóricamente debería tener y, por supuesto, el conocimiento y compromiso con la filosofía institucional.

Los datos que se observan en los resultados demuestran que, a pesar de los años que lleva de funcionamiento, así como la antigüedad que tiene el personal trabajando en esta organización, desconocen la historia y desarrollo institucional, sus objetivos y metas. Tal parece que los trabajadores desempeñan sus funciones específicas sin una identificación, ni con la tarea ni con la institución para la que prestan sus servicios. A pesar de la fuerte campaña de capacitación para la calidad, el mismo departamento que se ocupa de la planeación y programación no le da importancia a estos temas y escasamente se imparten.

Es muy notorio también que de acuerdo a la teoría, se habla de que las empresas que han logrado premios o certificaciones de calidad tienen un mejor clima laboral y, para el caso de las unidades de medicina familiar, se demostró por medio de la prueba t, que en general el comportamiento de esta variable es neutro,

independientemente de si la unidad está certificada o no. En cambio, para el segundo y tercer nivel de atención médica si se da la diferencia en cuanto a tener un clima laboral favorable en unidades médicas certificadas, pero la duda cabe en cuanto a los resultados del pobre apego a las estrategias administrativas, una vez que ya obtuvieron la certificación. Es decir, si ya tienen el objetivo cumplido, se relaja la disciplina y el clima laboral se vuelve favorable, en cambio para las unidades que están en competencia y con las presiones es neutro.

Se concluye entonces que es necesario pensar de manera global, como se ha hecho hasta ahora al institucionalizar un modelo de calidad, pero a la vez actuar regionalmente, es decir hacer gala del "arte" que tiene la administración para dar cabida a las expresiones personales y típicas del lugar, para que los resultados de clima laboral favorable sean mejores.

También se puede observar que el liderazgo tiende a ser cada vez más armonioso y que la negociación que se hace entre jefes y trabajadores versa sobre las políticas y lineamientos institucionales, lo que no da cabida a la innovación y a una mayor apertura.

Cuando se pone atención a las respuestas de los jefes sobre el manejo de su personal, se da uno cuenta de que en realidad es impersonal, casi podrá decirse "robotizado" y eso es algo que se siente en el ambiente y los trabajadores se comportan también de manera indiferente al respecto.

Es aquí donde se retoma la teoría que habla de considerar al ser humano como tal y, en ese sentido, se adscribe a la parte más artística o espiritual de la administración, considerándolos aristotélicamente.

La administración es una ciencia que provee de mecanismos, procedimientos y técnicas que posibiliten la optimización de los recursos y del personal. Sin embargo, hay que recordar que también es un arte, que sólo puede ser reflejado y captado por los demás, en la medida que se le da oportunidad al artista de expresar su sentir.

De esta manera es como la proposición que se hace a partir de los resultados y de la necesidad de la mejora continua en todos los servicios y procesos clínicos de la institución, es el readaptar el modelo de gestión de calidad en primer lugar, considerándolo como lo que realmente es: una parte elemental de la administración.

La cultura de la calidad se inicia con la calidad humana de los líderes que la ejemplifican y por lo tanto hay que poner especial atención en su perfil y selección de personal

Esta es una hipótesis que sería prácticamente imposible de demostrar en cualquier otro tipo de empresa, por estar sumergida en el sistema capitalista, sin

embargo en esta institución que es más noble, con visión de equidad, justicia y democracia, se tiene la viabilidad.

La educación y el desarrollo de los mexicanos dependen, en gran medida, de la salud que posean. La salud es indispensable para el desarrollo de México, los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en el país y, son las instituciones de salud las que, además de prestar el servicio, consoliden la visión de la prevención de la misma por medio del actuar con verdadera misión en la vida laboral y constancia en los comportamientos hacia ese rubro

El nuevo y cambiante entorno social, económico y cultural debe interpretarse como oportunidades de mejora para la medicina, sus dirigentes, proveedores y trabajadores. El papel del médico como agente gestor del cambio a favor de un mejor servicio es una situación de privilegio, definitivamente es un profesionista necesario, el mercado es ilimitado, es una actividad integradora, resolutive e insustituible.

La pregunta crucial, ante esta panorámica, es si el actual sistema de salud se ajusta al nuevo país que se ha ido conformando, resultado de las profundas y recientes transformaciones y además, de qué manera mejorarlo a fin de evitar la privatización de este sector porque recordando a Avedis Donabedian

“ Nunca he estado convencido de que la competencia por sí sola pueda mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera de que pueda reducir el costo de la atención. Creo que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y una empresa científica, pero no una empresa comercial en sentido estricto. No estamos vendiendo un producto. No tenemos un cliente que entiende todo y hace elecciones razonables - y en ello también me incluyo a mí mismo-. Los médicos y las enfermeras son guías de algo muy valioso. Su labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo; los valores comerciales no alcanzan a captar lo que ellos hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto ”. (Donabedian, 1992)

Es necesario repensar el quehacer del trabajador de la salud, su compromiso social y la necesidad de prestar los servicios por humanidad y no por capital.

En estas circunstancias se deben rediseñar los modelos de administración de calidad con direccionamiento centrado en la persona humana, en la búsqueda de la innovación para mejorar los resultados y reducir costos con criterios de eficiencia, calidad, ética, seguridad y compromiso humano de calidad del propio trabajador, pues recuérdese que uno no puede dar lo que no tiene.

Nuevamente, parafraseando a Donabedian, el conocimiento y diseño de sistemas para la calidad en los profesionales de la salud es importante, pero no bastan; se

deben considerar como mecanismos que logran potencializar, pero lo esencial para el éxito es la ética de las personas. El secreto, como él lo dice, es el amor por el paciente y por la profesión, entre otros y definitivamente, de ninguna manera el motor conductor de la conducta laboral en la salud puede ni debe ser el mercantilismo.

Con el antecedente del tipo de organización y de los puntos estratégicos a superar, es muy probable que pueda llegar a ser la mejor inclusive a nivel mundial.

Si este objetivo se logra, por añadidura la salud integral y la prevención de la misma en el mexicano estará garantizada, y ello permitirá tener mayor acceso y desarrollo en la educación y en las fuentes de trabajo y la productividad misma del país.

Bibliografía.

- Alles, M (2000). Dirección estratégica de recursos humanos. Buenos Aires: Garnika
- Atkinson, C. (2004). Administración de hospitales. México: Trillas.
- Bakke, E. (1959). "Bonds of organization". Archon books 81966) in Journal of the American society
- Basagua, F. (1978). *La salud de los trabajadores*. México: Fondo de cultura económica.
- Batista (1999). *Crítica del modelo neoliberal*. México: UNAM
- Blanchard, K. (2004). *Administración por valores*. Buenos Aires, Argentina: Kapeluz.
- Babson, S. M. (1988). *Recursos humanos y políticas de incentivos para el personal*. México: Limusa.
- Bennis, W.G. (1976). Desarrollo organizacional. EUA: Allyn and Bacon
- Blum, M. L. (2004). *Psicología industrial*. México: Trillas.
- Bonache J. (2002) Dirección estratégica de personas. España: Financial times PH
- Brunet, L. (1987). *El clima de trabajo en las organizaciones*. México: Trillas
- Burke, W. (1985). Técnicas para el cambio organizacional. México. Mc Graw Hill
- Cameron, Rondo. (1995). *Historia económica mundial*. España: Alianza Editorial.
- Castillo, L. (2007). *Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario* en Revista Médica, jun 2007 Vol 135 no. 6. Chile on line
- Castillo Rueda, A. (2006) *Propuesta de un nuevo modelo de gestión clínica en medicina interna*. www.suesalud.
- Comité de calidad.edumed.imss.gob.mx7pediatria/comcalid/pagcomcalid.htm
- Council for continuous improvement (1994). *Manual simplificado de despliegue la función de calidad*. México: Panorama
- Daltabuit, M (2000). *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: UNAM
- DeGreenek, K. (1998). *La organización adaptable*. México: Trillas.
- Deming, E. (1989). *Calidad, competitividad y productividad*. Madrid: Diaz de Santos
- Departamento de ingeniería civil industrial. (2006). *Calidad de vida labral*. Chile: Edcasa.

Díaz, F. M. (1997). La misión estratégica. La importancia de recuperar los valores como categoría. *Folleto Gerenciales No. 5*, 18- 24.

Dolan, S. G. (1997). *La dirección por valores*. México: mac Graw- Hill.

Donabedian, A. (1980). Basic aproaches to assessment and monitoring. Ann Arbor Health. Administration Press.

Donabedian, A. (1981). Criteria norms and standar of quality. What do they mean? A.J.P.H.

Donabedian, A. (1984). La calidad en la atención médica definición y métodos de evaluación. México: Prensa mexicana.

Donabedian, A. (1992). Defining and measuring the quality of health care. Williams and Williams.

Frenk, Julio. (1993). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México. SEP- CFE

Friedman, M. (1970). *The social responsibility of bussiness in increase its profits*. Nueva York: New Cork Times.

IMSS. (30 de mayo de 2009). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 30 de agosto de 2009, de Proceso de mejora de medicina familiar: www.imss.gob.mx

Illich, I. (1978). *Desarrollo tecnológico en el IMSS*. Recuperado el 9 de diciembre de 2006, de e gobierno : www.tuobra.unam.mx/publicadas/051031145604.htm

IMSS. (2005) Calidad en los servicios en <http://www.imss.gob>.

IMSS. (2006). El IMSS, compromiso de vanguardia. México: Colección editorial del gobierno del cambio.

IMSS, (2007). *Evaluación de la calidad en la atención médica*. En www.salud.gob.mx/dirgrss/foros-y-reuniones7ponencias7foro-marzo2007707-mejoracontinua.pdf

IMSS. (2008). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 30 de agosto de 2009, de Proceso de mejora de medicina familiar: www.imss.gob.mx

Maister, D. (2003). Liderazgo y humanismo en la administración pública.

Malagón –Londoño, (2000). *Administración hospitalaria*. Bogotá, Colombia: Médica Panamericana.

Malagón –Londoño. (2003). *Auditoría en salud*. Bogotá, Colombia: Médica Panamericana.

Marañón, G. (2001) *Servicios de medicina*. Revista de administración sanitaria

Peters, J. (1989). *El proceso de planificación estratégica para hospitales*. Barcelona. Recuperado el 13 de febrero de 2008 de <http://www.ben.es7bibliotecageneral/WPAC/ENG/r000016/r015253.htm>

Pfeffer, J. (2000). *Nuevos rumbos en la teoría de la organización*. México: Oxford University Press.

Piña, M (1997). *Acerca de las escalas de valoración del rendimiento laboral*. México: Panamericana

Varo, Jaime. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos.

Wagar, T. H. (1998). Total quqlity commitement and performance in canadian health care organizations. Canada: Press