

00626
2



Universidad Nacional Autónoma de México
División de Estudios de Estudios de Posgrado
Programa de Especializaciones en Ciencias de la Administración

Examen General de Conocimientos

Caso Práctico

Estudio Prospectivo para Mejorar la Calidad de la Atención en la Clínica Hospital "Churubusco" del ISSSTE

Que para obtener el diploma de:

Especialización en Alta Dirección

Presenta: Laura Elena Torres Fentanes

Director del caso: M.A. Luis A. Valdés Hernández

México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Reconocimientos

A mis padres

A mi esposo

A mis hijos

Con la culminación de éste proyecto profesional agradezco principalmente a Dios por todo lo que me da, a toda mi familia por el cariño y ayuda que me brindan, a mis profesores de la especialidad por los conocimientos transmitidos.

En especial al M.A. Luis Alfredo Valdés Hernández, por su dedicación y apoyo para la elaboración de éste trabajo.

Laura Elena Torres Fentanes

Índice

	Introducción	
	Justificación	
	Capítulo 1	
1	Seguridad Social	1
1.1	Principios de la Seguridad Social	3
1.2	Antecedentes de la Seguridad Social en México	4
1.3	Antecedentes del ISSSTE	7
1.3.1	Uso y demanda de servicios	9
1.3.2	Modelo médico asistencial	
1.3.3	Recursos Humanos	10
	Capítulo 2	
2	Generalidades sobre Administración Hospitalaria	11
2.1	Conceptos de Niveles de Atención en Salud según el Grado de Complejidad	12
2.1.1	Primer Nivel	
2.1.2	Segundo Nivel	13
2.1.3	Tercer Nivel	14
	Capítulo 3	
3	Planeación Estratégica en Salud	16
	Capítulo 4	
4	Calidad en los Servicios de Salud	20
4.1	Evaluación y Supervisión de la Calidad	22
	Capítulo 5	
5	Antecedentes Clínica Hospital "Churubusco"	24
5.1	Ubicación	
5.2	Datos generales	
5.3	Estructura de la organización	
5.4	Interrelaciones con otras organizaciones	
5.5	Proveedores	25
5.6	Antecedentes operativos y financieros	26
5.7	Antecedentes relevantes	27
5.8	Organigrama	28
5.9	Importes erogados en recursos humanos 1999	30
5.9.1	Importes erogados en recursos humanos 2000	31
5.9.2	Importes erogados en recursos humanos 2001	32

5 10	Presupuesto Inicial contra Presupuesto Incremento 1999	33
5 10.1	Presupuesto Inicial contra Presupuesto Incremento 2000	34
5 10.2	Presupuesto Inicial contra Presupuesto Incremento 2001	35
5.10.3	Comparativo del Gasto Delegacional	36
5 11	Recursos Humanos	37
5 11.1	Porcentaje de Ausentismo por Rama 2000 / 2001	38
5 11.2	Personal Promedio por Rama y Turno 2000	39
5.11.3	Personal Promedio por Rama y Turno 2001	40
5.12	Consultas Otorgadas Según Grupo de Edad 2001	41
5 12.1	Consultas Otorgadas por Servicio 2001	42
5.12.2	Consultas no Otorgadas por Servicio 2001	43
5 13	10 Primeras Causas de Referencia por Servicio a otros Niveles de Atención 2001	44
5 14	Población Derechohabiente 2001	45
5 15	Logros Programáticos en Medicina Preventiva 2001	46
5 15.1	Logros Programáticos en Medicina Curativa 2001	47
5 15.2	Logros Programáticos en Capacitación 2001	48
5 16	Contrareferencias a Clínicas de Medicina Familiar 2000 /2001	49
5 17	Pirámide de Población Inscrita Enero 2000	50
Capítulo 6		
6	Diagnóstico de la organización	51
6.1	Primer Vector o Misión	
6 1.1	Misión	53
6 2	Segundo Vector o Estructura Organizacional	
6 2.1	Grado en que la Estructura Organizacional Ayuda a Cumplir con la Misión de la Empresa	56
6 2.2	Definiciones	57
6 3	Tercer Vector o Diseño de Transformación	59
6 3.1	Características e Indicadores de los Principales Productos de la Organización	61
6 3.2	Grado de satisfacción de nuestros clientes	63
6 3.2.1	Evaluación de la calidad de la atención médica a través del análisis de quejas	
6 3.3	Identificación de fortalezas y debilidades	66
6 3.4	Análisis del entorno	67
6 3.5	Oportunidades y Amenazas	69
6 3.5.1	Escenario integral	70
6 3.5.2	Matriz de Impacto Cruzado	71
6 3.5.3	Líneas Jerárquicas de Acción a Partir del Análisis del Presente y la Matriz FODA	72

	6 3 5 4. La Planeación a partir del pasado	73
6.3.6	Planeación a partir del futuro	74
	6 3 6 1 Futuro posible	75
	6 3 6 2 Futuros Posibles y Probables	
	6 3 6 3 Brecha existente	76
	6 3 6 4 Estrategias para disminuir la Brecha Identificada	77
	6 3 6 5 Sistema Integral de Estrategias de la Organización	
	6 3 6 6 Análisis Estructural del Sistema Estratégico	78
	6 3 6 7 Matriz de Impacto Cruzado para Análisis Estructural del Sistema	79
	6 3 6 8 Determinación de Área Motriz	80

Conclusiones
Recomendaciones
Bibliografía
Glosario de términos

Anexos

Anexo 1 Ubicación de la Clínica Hospital "Churubusco"
Anexo 2 Delimitación Territorial
Anexo 3 Zona de Atención

Introducción

El México moderno no puede explicarse sin las instituciones de seguridad social; organizaciones creadas para brindar servicios destinados a promover, así como a prevenir y rehabilitar el daño en la salud

Gracias a estas instituciones el país puede encarar los retos que plantea su desarrollo y las crecientes demandas de su población en salud, vivienda, pensiones, etc

Hoy en día, su adecuado aprovechamiento es condición básica para superar los desafíos del presente y preservar las posibilidades de su desarrollo. Vivimos en tiempos de cambio donde es muy importante la superación de la calidad para elevar el bienestar de toda su población

La crisis económica mundial en la que se ha visto inmerso nuestro país, ha tenido una marcada repercusión en las instituciones de salud y seguridad social, con la consecuente limitación en la disponibilidad de recursos. Las repetidas manifestaciones de insatisfacción de los usuarios, ha hecho necesario revisar la actual situación en cuanto a recursos existentes, disponibilidad de presupuesto, personal, su nivel de capacitación y a partir de ello implementar las estrategias de trabajo que permitan alcanzar dos objetivos fundamentales: Otorgar servicios con oportunidad, calidad y satisfacción de los usuarios, y la eficiencia en la administración de los recursos disponibles

A continuación expongo un resumen capitular del contenido del trabajo

Capítulo 1 Se refiere a los antecedentes de la seguridad social y sus condiciones actuales, enumera los principios de la seguridad social, así como la cobertura. Antecedentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y su cobertura amparada, Modelo médico asistencial y la cantidad de recursos humanos de la institución

Capítulo 2. Trata de las generalidades de la administración hospitalaria, los conceptos de los niveles de atención en salud según el grado de complejidad

Capítulo 3. Constituye la parte fundamental del marco teórico, importancia de la planeación estratégica en salud, pasos a seguir para desarrollar el modelo propuesto, que permitan trazar las estrategias y la forma de llegar a los objetivos

Capítulo 4 Descripción de la calidad en los servicios de salud como un factor estratégico clave para asegurar la supervivencia de la organización, factores para evaluar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.

Capítulo 5 Antecedentes de la institución de la que se plantea el problema a solucionar.

Capítulo 6. Diagnóstico de la organización a través del modelo de planeación de los tres vectores, análisis de los datos y resultados obtenidos de la investigación para la implementación de las estrategias propuestas.

El caso que nos ocupa se refiere a la planeación estratégica de la Clínica Hospital "Churubusco" del ISSSTE en el Distrito Federal, como un proceso que pretende establecer un sistema de objetivos coherentes y determinar los medios apropiados para la consecución de dichos objetivos y propuestas para mejorar la calidad de la atención y poder lograr de ésta manera la satisfacción de los usuarios. Se integrará pasado, presente y futuro de la Unidad Médica, con el fin de obtener las mejores líneas genéricas de acción o estrategias.

Para iniciar el proceso de planeación partiremos del diagnóstico de la Unidad a través del análisis de las fuerzas, debilidades, oportunidades y amenazas en el presente. después se analizarán los factores que han influido en el pasado como el número de consultas otorgadas en los últimos siete años y de aquí hacia el comportamiento futuro, asumiendo que será similar al comportamiento histórico. Nos situaremos en el medio en que se desenvuelve el objeto de estudio y esto se tratará en el capítulo 1 como antecedentes de la investigación.

Justificación

En México, el sistema de salud actual enfrenta serios problemas como resultado, por un lado de cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico de la población; la pirámide poblacional de la Clínica Hospital Churubusco está representada por el 71 % en personas mayores de 35 años, el 5.5 % menores de 5 años y el 23.5 % en personas de 5 a 35 años, lo que nos habla que las tasas de mortalidad han disminuido y tenemos un mayor número de gente adulta, por lo tanto un mayor número de enfermedades crónico – degenerativas, y representan el 68.2 % de las consultas otorgadas, mientras que los padecimientos infecciosos representan sólo el 10.6 %, esto implica un mayor costo en atención para la salud. Por otro lado la estructura organizacional ya no es capaz de satisfacer con oportunidad y eficiencia las demandas crecientes en la materia y sobre todo las que habrán de presentarse en los próximos años

La modernización de la administración en los servicios de salud sólo se limita a realizar cambios estructurales, cuando debería planearse más allá de la necesaria descentralización y desconcentración

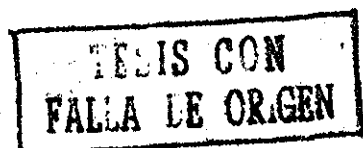
En nuestro país no existe una cultura de la salud, donde se dé, más énfasis a la prevención que a la curación, y no se prevé ningún cambio trascendental de la administración pública, por lo mismo es creciente el desánimo de quienes forman parte de ella, manifestándose a través de un frecuente ausentismo, de indiferencia o de rechazo, problemas que no se abordan a fondo.

En suma, la administración pública de los servicios de salud debe transformarse reconociendo la valía del trabajador y su capacidad física e intelectual para emprender así una escalada en su desarrollo personal, creativo y humanitario acorde con la responsabilidad que se les confiere.

De tal manera, el grado de importancia que se le otorgue al personal se reflejará directamente en un óptimo desempeño operativo. Con una actitud positiva y una buena disposición del personal para atender los problemas de salud de la comunidad se podrá lograr el éxito deseado.

En la Clínica Hospital Churubusco del ISSSTE, en los últimos años han disminuido los recursos humanos y en consecuencia el número de consultas otorgadas al usuario, debido al programa institucional de retiro voluntario, aunado a esto el recorte presupuestal disminuyó el abasto de medicamentos y recursos materiales. Todo ello ha llevado a una disminución en la calidad de la atención con la consecuente insatisfacción del usuario.

Todo lo anterior explica la secuencia que se siguió para cumplir los objetivos del trabajo elaborado, su propósito es analizar la situación de la Clínica Hospital Churubusco del ISSSTE, para identificar los problemas que más afectan a la unidad, aplicando el modelo organizacional de los tres vectores y de esta manera proponer las estrategias necesarias.



para lograr la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios médicos, buscando el mayor aprovechamiento de los recursos disponibles; de infraestructura, administrativo, económico, financiero, materiales y del factor humano, para tratar de brindar una mejor atención a la población derechohabiente.

Capítulo 1

1. Seguridad Social

Puede considerarse a la seguridad social, como una respuesta a la necesidad y el derecho que tiene todo hombre de asegurar su supervivencia contra aquellos elementos o situaciones de adversidad que atentan contra ella.

La seguridad social es muy amplia y tiene repercusiones en la “vida cotidiana” de mucha gente en todo el mundo

A medida que los trabajadores comenzaron a organizarse y a obtener mayor representación y poder, se estructuraron programas de protección social en los países industrializados.

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 las prestaciones de enfermedad pero no las de desempleo

Podemos definir a la seguridad social como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de no ser así ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”²

Cabe destacar que el término seguridad social fue empleado oficialmente por primera vez en la legislación de los Estados Unidos en 1935 -en la Ley de Seguridad Social- y después en 1938 en una ley aprobada en Nueva Zelanda. Tras la segunda guerra mundial, un creciente número de países introdujo y desarrolló programas de bienestar social y hoy en día su comprensión es general en todo el mundo

El seguro social se estableció en Alemania hace más de un siglo, cuando los gobiernos locales pusieron en marcha fondos de enfermedad que exigían de los trabajadores el pago obligatorio de cotizaciones a la caja correspondiente. En caso de enfermedad, el trabajador asegurado recibía determinadas prestaciones. Al seguro de enfermedad le siguieron otros similares para cubrir las contingencias de accidentes del trabajo, invalidez y vejez. Los tres interlocutores de estos regímenes -los trabajadores, los empleadores y el Estado- participaban en su funcionamiento.

¹ Escareño Cedillo, Blanca Delia, Tesis: Proyección Internacional de la Seguridad Social Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM México, 1976, p 1

² Oficina Internacional del Trabajo Ginebra, 1ª Edición 2001, Editor C Solorio, p 9

El concepto de seguro se basa en el principio de mancomunidad de riesgos. Por tanto, todos los que están amparados por ese régimen contribuyen a un fondo común.

Los diferentes seguros sociales pueden diferir entre sí, pero los elementos principales de todos los regímenes son:

- Financiación mediante cotizaciones, por lo general, tanto de los trabajadores como de los empleadores y a menudo con participación del Estado
- Afiliación obligatoria
- Ingreso de las cotizaciones en fondos especiales con cargo a los cuales se satisfacen las prestaciones.
- Inversión de los excedentes para obtener mayores ingresos
- Garantía de las prestaciones con base al historial contributivo personal, independientemente de los recursos económicos (por ejemplo: los ingresos y el patrimonio)
- Cotizaciones y prestaciones muy a menudo proporcionales a los ingresos del afiliado³

Desde luego sería ideal que la seguridad social protegiera a todos los miembros de la comunidad, cualquiera que fuese su situación individual en la vida, esto es que la cobertura fuera realmente universal. También sería ideal que la protección fuera uniforme en toda la comunidad. Sin embargo esto no siempre es posible, e incluso los países con formas más avanzadas de protección social no han logrado que todos los ciudadanos tengan una cobertura completa o adecuada.

Una de las muchas razones de la cobertura desigual de la población, es el factor administración. Cuando los trabajadores y los empleadores cotizan a un régimen de seguridad social, es necesario conocer con detalle los datos relativos al empleo, a los salarios y, en especial, a las cotizaciones de seguridad social de modo que, cuando se soliciten las prestaciones, se disponga de la información necesaria para el procesamiento de la solicitud. El mantenimiento de registros exactos durante periodos muy largos, constituye una enorme tarea, incluso cuando se utiliza tecnología y técnicas de procesamiento de datos muy avanzadas.

Desde luego, además de los trabajadores, hay muchas más personas que forman la sociedad, por ejemplo quienes trabajan por cuenta propia, o quienes no tienen ningún tipo de trabajo o trabajan en su domicilio y no perciben remuneración y las que se encuentran dentro de la economía informal. Es difícil que un régimen de seguro social tenga en cuenta a estas personas.

En general, se han desarrollado dos grandes sistemas de organización para asistencia médica:

³ Oficina Internacional del Trabajo Ginebra, ob. cit. p p 10 y 11

- 1 Indirecta Donde las empresas concertan acuerdos con servicios profesionales privados de atención médica para atender a sus asegurados, estipulando condiciones en las que se establecen honorarios por dichos servicios. Se acuerdan precios de una larga lista de servicios médicos, recetas, medicamentos, estudios, etc. que se revisan con periodicidad
- 2 Directa La misma institución de la seguridad social es propietaria, administra y controla las instalaciones médicas necesarias y emplea al personal médico correspondiente.

Sobre los méritos de ambos sistemas hay una divergencia de opiniones. Por una parte los servicios "indirectos" resultan ventajosos si pueden proporcionarse con eficacia, controlando adecuadamente los costos operativos. Por otra parte, los defensores del sistema "indirecto" critican la burocracia del sistema "directo" y la falta de libre elección del médico, la pérdida de la importante relación personal entre médico y paciente y las limitaciones en cuanto a población abarcada; tiende a servir sólo a los afiliados del régimen⁴

1.1. Principios de la Seguridad Social

Los principios en los que se sustenta su existencia son:

- **Obligatoriedad.** Consiste en la obligación que impone el Estado a los empleadores en general, de inscribir a sus trabajadores en el régimen correspondiente, a fin de que reciban los beneficios que otorga la seguridad social.
- **Unificación.** Consiste en cubrir la totalidad de las contingencias
- **Universalidad.** Se refiere a la cantidad de las personas protegidas, que debe ser la totalidad.
- **Solidaridad.** Es la ayuda que se prestan entre sí los miembros de una sociedad, solidarizándose en lo social y económico con los demás individuos, es decir que los asegurados sanos que no requieren las prestaciones médicas contribuyen a la curación de los enfermos, y las generaciones jóvenes con sus aportaciones pagan parte de los gastos de los trabajadores ya jubilados.

⁴ Ibidem p 43

- **Coordinación** En México el 2 de marzo de 1965, mediante Decreto Presidencial, se creó una "Comisión Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social", integrada por representantes de la seguridad social que existen en el país: IMSS, ISSSTE, ISSFAM y S.S.A. formándose comisiones que trabajan de manera coordinada en prevención, planificación y construcción de unidades sanitarias, cuadros básicos de medicamentos, de instrumental, equipos y otros.
- **Subsidiaridad** Este principio consiste en aumentar las cargas económicas de los que más ganan en beneficio de los que reciben menos ingresos.
- **Substancialidad** Consiste en el hecho de procurar que las prestaciones económicas que se otorgan para cubrir una contingencia, sean lo más aproximado posible al salario que recibía el asegurado antes de que ocurriera la contingencia, con el fin de que no sufra disminución en su presupuesto
- **Internacionalización** Se basa en el derecho que tienen todos los pueblos del mundo, a gozar de la seguridad social sin distinción alguna⁵

En nuestro país, estos principios no se cumplen, debido a que la densidad de población en los diferentes estratos es a menudo muy desigual, el índice de crecimiento es alto con un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas, los recursos son limitados, hay poco personal médico y falta de personal especializado contratado. Desde el punto de vista de la asistencia médica, todavía queda mucho por hacer y las instalaciones y los recursos que existen tienden a concentrarse en las áreas urbanas.

Es muy caro establecer y administrar programas de atención médica, por ello se requiere de una administración eficiente, acompañada de medidas preventivas eficaces para reducir los altos costos de la misma y poder cumplir con los principios en los que se sustenta la seguridad social.

1.2. Antecedentes de la Seguridad Social en México

México, a partir de su Constitución Política del 4 de Octubre de 1824 empezó a dictar, paralelo a su estructura de nacionalidad, disposiciones de protección humana.

Morelos y Bolívar son los próceres de la seguridad social con un sentido esencialmente americano, para moderar la indigencia, aumentar el jornal del trabajador, superar las costumbres y combatir la ignorancia.

Carranza, usa por primera vez en la terminología de la Revolución, la expresión de seguridad social, dándole un significado de libertad y justicia. Este hecho sucedió 19 años

⁵ Escareño Cedillo Blanca Delia ob cit pp 8-17

antes que los Estados Unidos de América promulgaran en 1935 su Ley de Seguridad Social

El General Álvaro Obregón, madurando ya su pensamiento inicial de 1915, dio a luz el 9 de Diciembre de 1921 el Primer Proyecto de Ley del Seguro Social que fue conocido en México, donde proponía un descuento del 10% sobre los salarios, para integrar un fondo destinado a cubrir las prestaciones de los trabajadores.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue publicada hace 85 años, el 5 de febrero de 1917, y es la primera en América que consagra disposiciones sustantivas del Seguro Social.

Más tarde el 19 de enero de 1943, Manuel Ávila Camacho, Presidente de la República, promulgó la Ley del Seguro Social.⁶

El año de 1943 fue el parteaguas en la fundación del sistema de salud moderno, al colocarse tres de sus piedras angulares: el Instituto Mexicano del Seguro Social, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Hospital Infantil de México en respuesta a la política de industrialización y de sustitución de importaciones

Más tarde en 1959 se crea el ISSSTE; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, que concentró la diversidad de sistemas de pensiones y prestaciones de los burócratas federales

Son esenciales los antecedentes de este medio siglo para entender el panorama de los actores y sus funciones particulares y compartidas que conforman el sistema de salud actual, que como resultado de su desarrollo a lo largo de esos cinco decenios, se compone de tres subsistemas relativamente autónomos: la seguridad social, las instituciones asistenciales y los servicios privados.

Se ha creado así un grupo de "asegurados" o "derechohabientes" amparados por los seguros sociales, de los cuales los más importantes son el Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS- y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado –ISSSTE-. Al lado de este grupo existe otro de "no asegurados" o "población abierta", que queda bajo la protección de la asistencia pública; Secretaría de Salud –SS- e IMSS Solidaridad principalmente, o cuenta con acceso variable a servicios privados. Así, el aseguramiento es en realidad, un derecho basado en el empleo y ligado a la participación en el sector formal.⁷

⁶ García Cruz, Miguel, *El Seguro Social en México Desarrollo, Situación y Modificaciones en sus Primeros 25 años de Acción* SNTSS 1968 p 15-47

⁷ Solís Soberón, Fernando y Villagómez, F Alejandro *La Seguridad Social en México* CIDE, CONSAR, CFE, 1999. p 36

La segregación de los grupos sociales en subsistemas separados es el problema fundamental del sistema de salud mexicano

Actualmente una ola de reformas recorre los sistemas de salud de todo el mundo

Como en pocos momentos de la historia, dichos sistemas han llegado a un punto crítico en el que se deben elegir nuevos caminos que garanticen un desarrollo más avanzado. Mejorar las condiciones de salud de la población depende cada vez más de un conjunto de políticas que no se limitan al sector salud en sentido estricto, sino que abarcan los ámbitos del quehacer económico, político, cultural, científico y tecnológico

Mediante el Programa de Reforma del Sector Salud en México, el Gobierno de la República se propuso alcanzar los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que son ampliar la cobertura de la seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención, incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a ésta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta a través de la aplicación del paquete básico de salud

Otro problema grave que la reforma pretendió resolver, se refiere al centralismo con el que ha venido operando el sistema de salud

En suma, calidad insuficiente, duplicaciones, centralismo y cobertura limitada, constituyen los principales retos y la razón por la cual el Gobierno de la República, con base en un proceso de planeación democrática, decidió emprender una profunda reforma al Sistema de Salud

Ante la cobertura limitada de servicios se plantean dos grandes estrategias:

En las zonas predominantemente urbanas, donde la población tiene mayor capacidad de pagar en forma anticipada por los servicios de salud:

- La ampliación de la seguridad social a través de mecanismos que propicien la incorporación del creciente sector de la economía informal

En las zonas rurales dispersas y en las urbanas de mas alta marginación:

- La aplicación de un paquete básico de servicios de salud como una medida fundamental del Gobierno contra la pobreza extrema.⁸

⁸ Poder Ejecutivo Federal. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*

No obstante los logros alcanzados, aún tenemos en México aproximadamente 10 millones de personas que carecen de acceso regular a servicios de salud. El aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil hacen que los servicios de salud enfrenten crecientemente a una población de mayor edad, con el consecuente aumento de padecimientos crónicos, cuya prevención y tratamiento demandan mayores recursos y aumento de costos.

La realidad obliga a plantearse una reorganización del sistema de salud cuyos objetivos sean fortalecer su capacidad para enfrentar los retos futuros, ampliar la cobertura y proporcionar servicios con eficiencia y calidad.

1.3. Antecedentes del ISSSTE

Las raíces históricas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se remontan formalmente al 12 de agosto de 1925 con la promulgación de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual crea a su vez la Dirección del mismo nombre, y representa el antecedente inmediato del ISSSTE.

El principio de funcionamiento de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro era muy sencillo: convertir a las pensiones de los trabajadores del Estado en universales, obligatorias y equitativas. Para lograr dicho objetivo se inició la creación y administración de un fondo de pensiones generado a partir de la ayuda del propio Estado y las aportaciones del trabajador durante el tiempo que prestara sus servicios, incluso se estableció que el excedente de dicho fondo se utilizara para el otorgamiento de préstamos a corto plazo y para la adquisición de terrenos o casas para los trabajadores.

Así, en sus orígenes, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro operó como institución de seguros, ahorro y crédito. Las pensiones que en ese tiempo se otorgaban eran por vejez, inhabilitación, muerte o retiro a los 65 años y después de 15 de servicio.

El 1º de noviembre de 1938, surge la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado y por primera vez se da a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia, garantizándoles la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses.

En 1960 el presidente Adolfo López Mateos presenta ante el Congreso de la Unión la iniciativa de ley donde la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se convierte en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuya

función principal es preservar la salud y el bienestar de los trabajadores al servicio del Gobierno federal y sus familias⁹

Por primera vez se concreta, en la Ley del ISSSTE una visión integral de la seguridad social, que cubre tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas

Se rige mediante la Ley del 28 de Diciembre de 1959 que entró en vigor en el año de 1960. Los antecedentes de esta Institución se encuentran en la Ley de Pensiones de 1925. que regía las pensiones y préstamos que el Estado otorgaba a sus empleados. Su base Constitucional se encuentra en los incisos XI y XIII del apartado "B" del artículo 123.¹⁰

El ISSSTE es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio que tiende a garantizar la seguridad social de los trabajadores al servicio del estado¹¹

Está formado por la Junta Directiva que es el órgano supremo, y un Director nombrado por el C. Presidente de la República

Las prestaciones que cubre son: seguro de enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez vejez, muerte, jubilación, riesgos profesionales, previsión, rehabilitación, servicios sociales: multifamiliares, tiendas populares, guarderías infantiles, etc

Actualmente se cuenta con la Nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado publicada el 23 de enero de 1998 donde se encuentran contenidos todos los derechos y prestaciones de los trabajadores del Estado

El capital se conforma de la siguiente manera: el total de aportaciones del ISSSTE es del 25.75%, de los cuales el 8% lo aporta el derechohabiente y el 17.5% el Estado. De éste 25.75% la ley establece que el 8% es para atención a la salud, el 75% para riesgos del trabajo, el 6% para financiamiento de vivienda, y el 11% para seguros, prestaciones y servicios¹²

⁹ Qué es el ISSSTE <http://informática.issste.gob.mx>

¹⁰ Ruiz Gómez, Raúl *El ISSSTE y la Seguridad Social en México* Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 1994 p 28-29

¹¹ Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM Serie E: Varios núm 62 1994 p 268

¹² Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2000. Quinta Edición p 16

1.3.1. Uso y demanda de servicios

La población que amparaba en 1960 era de 487,742 derechohabientes,¹³ actualmente es de 10,141,148 derechohabientes, entre trabajadores y pensionados y sus familiares. Del total de trabajadores del ISSSTE, el 53.4% son hombres y el 46.6% mujeres.¹⁴

En agosto de 1960 el ISSSTE comenzó la construcción de las tres primeras clínicas en el Distrito Federal, así como la compra del centro hospitalario "20 de Noviembre" con capacidad de 600 camas, el cual constituye la unidad más importante del sistema institucional de servicios de atención médica y funge como unidad de concentración nacional.

El inicio de su operación, significó la introducción de unidades hospitalarias propias para proporcionar atención médica integral, homogénea y oportuna en los lugares más cercanos a la residencia de los derechohabientes, ya que anteriormente a esto se subrogaban.

1.3.2. Modelo Médico Asistencial

El modelo médico asistencial del ISSSTE se estructura actualmente en un sistema regionalizado y escalonado por niveles de atención y complejidad lo que permite la articulación de la red de unidades a favor de la continuidad asistencial. Dicho modelo se conforma de los tres niveles asistenciales planteados por la Organización Mundial de la Salud.

En el primer nivel de atención, se concentran servicios básicos de medicina general y familiar, contándose con 1,188 unidades médicas siendo el nivel más demandado.

El segundo nivel de atención incluye unidades donde se brindan consultas de especialidad y en algunas se cuenta con servicio de cirugías de corta estancia, lo que las convierte en Clínica Hospital.

En el tercer nivel de atención se integran los once hospitales regionales del Instituto a nivel nacional con más de 25 especialidades. En este nivel se incluye la unidad de alta especialidad de concentración nacional "Centro Hospitalario 20 de Noviembre", donde, entre otros procedimientos de gran resolución se incluyen: el trasplante renal, la cirugía de mano, la unidad de quemados, el tratamiento de radioterapia a través de la Bomba de Cobalto y como una importante experiencia institucional la "cirugía de corazón".

¹³ Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS, *La Seguridad Social en México* Investigación y Selección Ma del Carmen Álvarez G. Serie Monografías 4 1993, p 87

¹⁴ <http://informática.issste.gob.mx/ob/cit>

En cuanto al esquema de regionalización, el programa vigente plantea ocho regiones geográficas y funcionalmente delimitadas, en un intento de lograr el autocontenido y la suficiencia resolutive. Es importante señalar que con la finalidad de lograr la verdadera optimización y racionalidad de los recursos existentes, se ha dado mayor preponderancia a la regionalización funcional, que a la accesibilidad geográfica ¹⁵

1.3.3. Recursos Humanos

El ISSSTE cuenta con un total de 97,823 trabajadores, de los cuales 66,749 son de base, 17,938 de confianza, 1,321 residentes, 1,142 trabajan por honorarios, 1,145 son becarios, 8,898 están por guardias, suplencias y servicios subrogados ¹⁶

La crisis que hoy vive nuestro país se manifiesta con todas sus consecuencias en millones de mexicanos que por estar desempleados o subempleados están expuestos a padecer enfermedades mas graves y con mayor frecuencia

La crisis también ha afectado a las instituciones de seguridad social que han visto reducido en términos reales su presupuesto en los últimos cinco años. En tanto que se incrementa día a día el número de pacientes que, al no poder cubrir los gastos de la medicina privada y perteneciendo a alguna de las instituciones mencionadas, recurre a la atención médica que proporcionan el IMSS y el ISSSTE. Esto repercute en forma negativa en la calidad y oportunidad con que se otorgan los servicios médicos ya que se reduce, en términos reales, la disponibilidad de personal de salud así como las instalaciones y equipo médico, llegando a observarse en muchas unidades la falta de medicamentos y materiales básicos para resolver diversos problemas de salud. Es por esto que el Programa de Reforma del Sector Salud, desprendido del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, disponía como el objetivo más amplio de la política de seguridad social, el impulso a la protección de todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuvaran efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de seguridad social

No obstante las restricciones de recursos que ha enfrentado el país, la presente administración ha logrado significativos avances en materia de seguridad social; sin embargo aún subsisten ciertas limitaciones en la atención del bienestar social de los trabajadores al servicio del Estado.

Los cambios demográficos, políticos, sociales y aquellos resultantes de la globalización económica requieren que necesariamente nos planteemos nuevos contenidos de seguridad social para responder de una manera eficiente y eficaz a los retos de la vida moderna y a las necesidades y demandas de nuestra población

¹⁵ Conferencia Interamericana de Seguridad Social ob cit p p 96-97

¹⁶ Ibidem issste gob mx

Capítulo 2

2. Generalidades sobre Administración Hospitalaria

La administración hospitalaria es un proceso social que lleva consigo la responsabilidad del mejor uso de los recursos para obtener un fin, es conducir o guiar a seres humanos, materiales y económicos para lograr la atención óptima del paciente. Por tanto el propósito de la administración de los servicios de salud es lograr que las actividades se racionalicen y se cumplan las funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de padecimientos y rehabilitación de invalidez, así como las de educación e investigación, de manera que se logren con eficacia, eficiencia y efectividad.

La administración de la atención médica tiene sus particularidades:

- 1 En los servicios médicos se encuentra una atmósfera de contrastes emocionales: son sitios de alegría para unos y de dolor para otros
- 2 Son altamente personales, donde hay enfermos y cada servicio es diferente y particular para cada paciente.
- 3 Se presenta una doble autoridad: la jerárquica en la que se establecen niveles de autoridad entre jefes y subordinados y la médica basada en los conocimientos y la experiencia
- 4 Personal muy heterogéneo en cuanto a nivel académico, social y económico
- 5 Los establecimientos de atención médica operan generalmente con problemas económicos¹⁸

El proceso administrativo con enfoque analítico-sintético tiene sus bases explícitas en la mejoría de la eficiencia, en la productividad y en los bajos costos (Administración Científica de Frederick Taylor); en los niveles de organización y en la orientación funcional (Principios Administrativos de Henri Fayol), y en la delegación, responsabilidad y autoridad (Características de la burocracia de Max Weber). Las etapas del proceso comprenden:

- 1 Planeación: Etapa en que se determina qué se va a hacer, para ello se investigan las necesidades y los recursos en base a información estadística y contable, se señalan las prioridades y se fijan los objetivos o metas, así como la conducta a seguir
- 2 Organización: Comprende la estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las jerarquías, funciones y obligaciones individuales y departamentales, implica coordinación entre las diversas secciones o servicios que interrelacionen sus actividades para evitar duplicidad de esfuerzos

¹⁸ Fajardo Ortiz, Guillermo, Atención Médica: Teoría y Práctica Administrativa. Editorial Prensa Médica Mexicana 1983, p 104-105

3. Dirección: Dirigir es echar a andar el engranaje de la organización con unidad de mando, está encargada de la supervisión permanente, en el sentido de orientar y guiar al personal estimulando su iniciativa, interés y desarrollo, para un óptimo rendimiento y satisfacción en el trabajo
4. Evaluación: Es calificar las realizaciones o logros alcanzados en función de los objetivos o metas previamente trazados; ella permite apreciar la oportunidad y cantidad del trabajo efectuado en función de las normas o índices establecidos

Todas están íntimamente relacionadas entre sí, de tal manera que si se desea éxito deben funcionar positivamente.¹⁹

2.1. Conceptos de Niveles de Atención en Salud Según el Grado de Complejidad

Los servicios médicos y en particular los de un área geográfica, deben otorgar una atención integral, oportuna, accesible y eficaz. Una de las formas de lograrlo es recurriendo a un procedimiento administrativo llamado niveles de atención médica, que enfoca las necesidades de salud cuantitativas y cualitativas de las comunidades, es decir son un instrumento de implementación en el que hay una racionalización de servicios, los cuales se otorgan escalonadamente, identificando recursos, necesidades y aspiraciones dentro de una región o comunidad. De esta manera se tiene:

2.1.1. Primer Nivel

Se considera el más importante por la magnitud de las necesidades de salud, por ser el sitio de entrada al sistema y por coordinar todas las acciones. Es el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud. En este nivel se promueve la salud, se previenen, tratan y curan los padecimientos banales y se controlan ciertos padecimientos crónicos cuyas características son:

1. Problemática: Se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo su salud, de problemas comunes e inespecíficos y de cierto tipo de enfermedades crónicas
2. Cobertura: Atiende a los vecinos de un pequeño lugar, a comunidades determinadas o a familias específicas
3. Ubicación: Está ubicado en la propia comunidad a la que sirve
4. Tipo de atención: Los beneficiarios tienen acceso directo a este nivel, existe plena identificación entre los servicios y los usuarios. El servicio es básicamente ambulatorio, ya sea en consultorios o en la propia comunidad.

¹⁹ Fajardo Ortiz, Guillermo Ob,cit 112-114

5. Funciones: Están orientadas hacia la protección de la salud, el fomento de la misma, el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos; por ejemplo, control de embarazo, vigilancia al niño sano, aplicación de vacunas, seguimiento al adulto mayor y se otorgan medidas de urgencia de carácter general
6. Recursos humanos: Personal técnico y profesional, formado por médicos y enfermeras generales, auxiliares de enfermería y estudiantes que actúan en equipo, sirven a varias comunidades facilitando técnica y socialmente a los beneficiarios y saben qué problemas enviar a otros niveles
7. Recursos físicos: Consultorios generales, centros de salud, clínicas generales o familiares, casas de salud, servicios de urgencias y centros auxiliares

Este nivel forma parte de la atención primaria a la salud y en él los recursos humanos deben estar debidamente integrados, con experiencia y preparación acerca de las condiciones de vida, salud y trabajo de los beneficiarios, de sus gustos en cuanto a la alimentación y recreo. Se otorgan servicios curativos y preventivos en consulta externa, tratando de elevar la situación sanitaria de la comunidad. También se proporcionan servicios de urgencia.

2.1.2. Segundo Nivel

A este nivel llega el paciente que requiere de alguna atención especializada y es remitido del primer nivel, identificándose con servicios de consulta externa y hospitalización general, en los que se encuentran médicos generales, especialistas y técnicos especializados. Su enfoque no es integrador, es en función de órganos, aparatos o sistemas aislados y sus características son:

1. Problemática: Se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada
2. Cobertura: Sirve a grandes grupos de población o varias comunidades
3. Ubicación: Está a una distancia media del domicilio del paciente
4. Tipo de atención: La atención que se proporciona es de tipo intermitente, es decir, discontinua. Habitualmente vienen del primer nivel de atención y los servicios se otorgan en consulta externa y salas de hospitalización
5. Funciones: Se orientan hacia el diagnóstico y tratamientos tempranos y la limitación del daño
6. Personal: Técnico y profesional, formado por médicos generales, especialistas, enfermeras generales y especializadas, auxiliares de enfermería, administrativos y estudiantes que actúan en equipo
7. Recursos físicos: Hospitales generales o centros de cirugía de corta estancia, consultorios de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general y otras especialidades.

2.1.3 Tercer Nivel

Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente tecnificados, sus características son:

- 1 Problemática: Se ocupa de la población con problemas de salud poco frecuentes y de alta complejidad
- 2 Cobertura: Sirve a grupos de población muy grandes o a muchas comunidades
- 3 Ubicación: Puede estar ubicado a gran distancia del hogar del paciente.
4. Tipo de atención: Es de tipo episódico y por ello discontinua. Los pacientes no tienen acceso directo a este nivel, son enviados del segundo nivel de atención, solo en forma esporádica provienen del primario. Suele haber alto riesgo en la atención
- 5 Funciones: Son fundamentalmente la curación y la rehabilitación
- 6 Personal: Requiere de personal científico, médico, paramédico y técnico altamente especializado y no pocas veces numeroso. su preparación es estrecha en amplitud y de gran profundidad
- 7 Recursos físicos: Son hospitales regionales especializados, centros médicos, centros hospitalarios²⁰

Manuel Barquin Calderón, en 1994 señaló a los tres niveles de complejidad de la atención a la salud en México como:

El primer nivel atiende padecimientos sencillos, participa de manera directa en los programas preventivos, como educación para la salud, mejoramiento nutricional y de saneamiento del medio, la vivienda y la comunidad. Presenta un primer plano de auto atención; la propia comunidad realiza las acciones necesarias con asesorías del equipo de salud y un segundo plano que realiza el monitoreo del primero y corresponde también a la propia comunidad, pero en forma organizada y estructurada sobre la base de líderes formales e informales. La infraestructura, recursos y organización de este nivel responde al hecho de que su finalidad es la atención a las necesidades simples de salud, pero continuas, de poca complejidad, accesibles a la población usuaria que habita en la comunidad o en sus inmediaciones.

El segundo nivel se define como el conjunto de recursos humanos y materiales encargados de brindar atención médica hospitalaria, en unidades ubicadas en concentraciones urbanas de más de 50 mil habitantes. Brindan servicios de consulta especializada y cuentan con equipos de: cirugía, atención de parto, terapia intensiva, laboratorio de análisis clínicos, radiodiagnóstico y gabinetes. Se responsabiliza con la restauración de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad, otorga servicios derivados del primer nivel y a los que se presentan espontáneamente con urgencias médicas o quirúrgicas. Sus recursos se disponen de acuerdo a los problemas que le sean referidos por el primer nivel.

²⁰ Ibidem p p 58-102

El tercer nivel tiene la responsabilidad del restablecimiento y rehabilitación de pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y tratamiento; referidos por los otros niveles de atención, teniendo como objetivos resolver el 5% de la demanda total de consulta y de hospitalización que requieren de servicios muy complejos. Sus unidades de atención médica, para operar adecuadamente y con eficiencia, deben tener una amplia área de influencia, así como estar ubicadas en un medio urbano para efectos de conjugar los recursos humanos y materiales necesarios, debiendo contar con hospitales generales, hospitales de especialidades de enfermos crónicos y hospitales psiquiátricos²⁴

²⁴ Barquín Calderón Manuel. y cols. *Socio Medicina* Méndez Editores. 4ª Edición. 1994 pp 615-627 y pp 644-646

Capítulo 3

3. Planeación Estratégica en Salud

La palabra estrategia surge en el argot militar como el arte de dirigir las operaciones militares. Para nuestro caso la planeación estratégica es precisada como estrategia de ataque que se refiere a los factores de riesgos y a los problemas de salud²²

Planear es, sin duda, una de las actividades características en el mundo contemporáneo, la cual se vuelve cada vez más necesaria ante la creciente rapidez del acontecer en los fenómenos económicos, políticos, sociales y tecnológicos. Lo que se busca con la planeación no es tan solo el diseño de escenarios, sino la forma de alterarlos y sacarles el mayor provecho o sea planear el futuro

Es por esto que la planeación sigue siendo en esencia un ejercicio de sentido común, a través del cual se pretende entender, en primer término, los aspectos cruciales de una realidad presente, para después proyectarla, diseñando escenarios de los cuales se busca finalmente obtener los mayores beneficios. De ahí el carácter estratégico de la planeación: no se trata sólo de prever un camino sobre el que habremos de transitar, sino que se busca anticipar su rumbo y si es posible, cambiar su destino

El proceso de planeación en servicios de salud consta de cuatro elementos que son:

- El tiempo, el cual hace referencia al momento de vigencia del proceso de planificación que surge de la decisión política de planificar.
- El espacio, que sería la delimitación geográfico-poblacional cubierta por el servicio de salud.
- El modo, que serán las técnicas y formas de cómo se va a planificar.
- La satisfacción de las necesidades de salud de la población que es, la finalidad objetivo del proceso

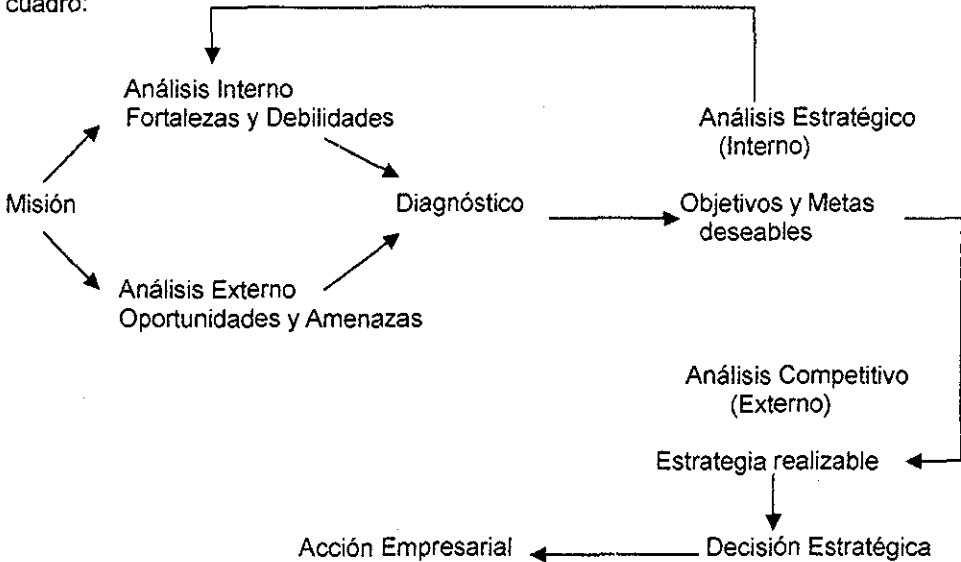
Los principios generales de la planeación estratégica son:

- A Diagnóstico, el cual permite conocer dónde estamos, hacia dónde vamos y cómo se quiere llegar.
- B Planteamiento de alternativas.
- C Posibilidad de cambios sobre la marcha.
- D Análisis de las causas.
- E Análisis de las variables.
- F Compromiso con el cómo.
- G Compromiso con el cambio.

²² Malagón Londoño Gustavo, Galán Morera, Ricardo y Pontón Laverde, Gabriel. *Administración Hospitalaria*. Editorial Médica Panamericana. Colombia. 1996, p.75

La planeación estratégica es un medio o una herramienta de utilidad en la dirección de las organizaciones y para establecerlas en el entorno actual, deben tomarse en cuenta los tres enfoques: el pasado, el presente y el futuro deseado; lo cual hace considerar un horizonte temporal integral (ve hacia el futuro sin olvidar el pasado) que permite obtener las mejores líneas genéricas de acción que son las estrategias

El proceso de planeación estratégica tiene definidos los pasos expuestos en el siguiente cuadro:



Fuente: Malagón Gustavo, Ricardo Galan y Gabriel Ponton, *Administración Hospitalaria*, Colombia, Médica Panamericana, 1996, p 77.

Toda institución debe tener definida su misión, partiendo de la formulación de un propósito duradero y es lo que distingue a una institución de otras parecidas, en ella deben quedar explícitas en pocas palabras quiénes son los clientes, qué necesidades hay que satisfacerles y a través de qué producto (bien o servicio) se logra esa satisfacción y también tiene en cuenta la competencia. Debe considerarse la visión, que se entiende como el deber ser de la organización, es decir, cómo se desea que llegue a ser la organización en el futuro.

Partiendo de la misión - visión se pasa a:

- **Análisis interno de la organización (debilidades y fortalezas):** en esta parte del proceso, los gerentes concentran el análisis de la capacidad gerencial-organizativa, de talento humano, de servicio, financiera y tecnológica mediante la identificación y evaluación de sus aspectos internos básicos, donde debilidad será el indicador que

limita o impide el cumplimiento de la misión o visión y fortaleza el indicador que facilite o contribuya al cumplimiento de su misión o visión corporativa

- Análisis externo de la organización (amenazas y oportunidades): es el análisis ambiental y análisis del entorno, donde la amenaza es un factor, proceso y/o agente de su ambiente de trabajo que limita o impide el cumplimiento de su misión y visión corporativa, y oportunidades, como el factor, proceso y/o agente de su ambiente de trabajo que facilita o contribuye al cumplimiento de su misión o visión corporativa ²³

Posteriormente se pasa a un análisis de diagnóstico (mediante la auditoría) donde se obtiene la situación actual de la empresa (hospital). Existen varios modelos que estudian a la organización desde diferentes puntos de vista, en este caso nos referiremos al Modelo Organizacional de los Tres Vectores, el cual permite identificar y establecer el sistema interno y externo y el entendimiento de la interrelación de sus tres vectores: misión, estructura organizacional y diseño de transformación, de donde surgen las mejores opciones estratégicas; el vector misión (visto anteriormente) determina la estructura organizacional, la cual debe ser flexible según los cambios del entorno, y a su vez tiene en cuenta la cultura organizacional y el diseño de transformación, que es el proceso para producir un bien o servicio y está conformado por el conocimiento básico (tecnología en proceso); la experiencia (tecnología en operación) y los activos (tecnología de equipo). Con la integración de ellas se obtiene el servicio que deberá cumplir con las necesidades del cliente (paciente). Este enfoque sistémico se interrelaciona con el entorno cuyas variables están fuera de su control ²⁴

Todo lo anterior permitirá trazar las estrategias y por ende los planes que respondan a esos objetivos e implementarlas a través de los programas de donde se obtendrán los proyectos. Del plan se derivan los programas y los proyectos necesarios para conseguir los objetivos propuestos. La administración estratégica formula, implanta y evalúa las decisiones inter - funcionales que permiten a la organización alcanzar sus objetivos.

Un plan cuyos objetivos no tienen una estrategia específica y consistente, representada por acciones concretas, no es un plan verdaderamente sino que solo se queda en buenos deseos

Por cada objetivo se deben definir las acciones a realizar, anticipar los problemas por resolver, priorizar sus soluciones, establecer recursos y responsabilidades y diseñar medidas de seguimiento y control para evaluar el avance o volver a planear

El conocimiento de la misión, objetivos, estrategias y políticas de la empresa por parte de todos sus integrantes, es un elemento fundamental para cumplirlos. Sirve también como mecanismo motivador pues, al participar en su establecimiento, lograrlos se convierte en un reto profesional para cada individuo

²³ Malagón Londoño. Gustavo Galán Morera Ricardo y Pontón Laverde Gabriel ob cit 77-86.

²⁴ Valdés Hernández, Luis A , *Planeación Estratégica con Enfoque Sistémico y Pragmático*. Facultad de Contaduría y Administración, UNAM 2001. pp 6-10

Por lo tanto la planeación y administración estratégicas implican un esfuerzo participativo tanto de los directivos como de los empleados de la empresa. La administración estratégica significa tener conciencia del cambio y comprender lo vital

No hay recetas universales que sirvan a toda empresa en todo momento, sino que cada una debe desarrollar su propia manera de planear.

El director de una empresa tiene que estar comprometido; si él no cree en la planeación estratégica, nadie más creerá y ésta no existirá. Deberá reconocer sus carencias para actuar como un agente eficaz de cambio y al igual que el resto de sus compañeros habrá de integrarse a un proceso de desarrollo personal que implique la asistencia a cursos y seminarios, realice sistemáticamente la lectura de libros y artículos y esté abierto a la consulta con asesores externos

La planeación debe ser constante, ya sea para crecer, decrecer o incluso mantenerse estancados, afrontando las situaciones por más difíciles que sean.

Se debe buscar que se incorpore en la cultura de la empresa el trabajo en equipo, como uno de sus valores y el liderazgo directivo como una de sus características

Los directivos no deben de encerrarse en sus oficinas, sino procurar el contacto personal y comentar con todos, los proyectos más relevantes de la organización. Hay que convencer e involucrar a la gente haciéndoles sentir que los proyectos no son de la dirección, sino de la empresa y que todos los empleados, por modestos que sean sus puestos, participen en su elaboración, lo cual significará finalmente el éxito de todo el conjunto

El horizonte de un plan estratégico varía de acuerdo a las circunstancias de cada empresa, sin embargo, es factible fijar un horizonte a largo plazo; de diez a quince años, por ejemplo, pero detallando los primeros cinco. Hay que mantener un concepto de planeación flexible para adecuarse oportunamente al cambio de escenarios

Debe haber siempre un control para conocer si efectivamente vamos en la dirección deseada y si no es así, replanear mediante otras estrategias

Planear estratégicamente requiere, como elemento fundamental, de indicadores confiables que permitan conocer la evolución de los escenarios, el grado de avance en las acciones que se desarrollan para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la vinculación de estos con los operativos

Podemos pues concluir que una empresa sin planeación estratégica es como un barco sin rumbo

Capítulo 4

4. Calidad en los Servicios de Salud

El modelo de hospital de hoy y del futuro debe adoptar como punto de partida la calidad total en la gestión, sin lo cual se convertiría en ente perecedero a corto plazo

Según Ishikawa la calidad es el resultado final de la calidad del trabajo, de los procesos productivos del personal, de la planeación, etc. Es por ello que debe existir una interdependencia entre todos los elementos que componen la empresa para producir o dar servicios de la más alta calidad. Una mejor calidad lleva inevitablemente a mayor productividad. La calidad significa una mejora continua que nunca termina²⁵

Actualmente la calidad es uno de los requisitos esenciales de los productos o servicios que se ha convertido en un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones, no sólo para mantener su posición en el mercado sino para asegurar su supervivencia

La calidad es responsabilidad de todos; la calidad se hace. No basta saber que hicimos bien las cosas, lo que interesa es que quienes las utilicen obtengan de ellas la mayor satisfacción

Se busca hacer las cosas bien a la primera y única vez. Evitar el volverlo a hacer es reducir los costos de calidad y ahorros significativos.

Responsabilizar a todos los elementos de una empresa por la calidad integral de la misma, dotarlos de herramientas, capacitarlos para hacerlo y delegarles la posibilidad de tomar decisiones propias, es la manera más fácil de obtener una actitud positiva de una persona hacia la solución de un problema

La empresa debe hacer de la mejora constante un hábito para asegurar su mercado, reducir sus costos, garantizar su supervivencia, contribuir a desarrollar el país del que forma parte y mejorar la calidad de vida de sus trabajadores y empleados

Juran define a la calidad como la satisfacción al cliente²⁶

En la norma mexicana NMX-CC-001 emitida por la Asociación Mexicana de Calidad (AMC) el Instituto Mexicano de Normalización y Certificación (IMNC) y el Comité Técnico Nacional de Normalización de Sistemas de Calidad (COTENNSISCAL) se le define en diferentes términos:

²⁵ Acle Tomasini, Alfredo, *Planeación Estratégica y Control Total de Calidad. Un caso real hecho en México*. Editorial Grijalbo México, D. F. 1990, p 136

²⁶ Juran, J. M. *Análisis y Planificación de la Calidad del Desarrollo del Producto al Uso*. Editorial Mc Graw Hill, México 1995, pp 11-13

La calidad es "El conjunto de características de un elemento que le confiere la aptitud para satisfacer las necesidades explícitas e implícitas"

"La administración para la calidad total aporta a estos conceptos una estrategia de gestión global a largo plazo, así como la participación de todos los miembros de la organización para el beneficio de la organización misma, de sus miembros, de sus clientes y de la sociedad considerada en su conjunto".²⁷

Por otro lado, la norma NMX-CC-006 define los siguientes términos:

El cliente se define como "La persona o grupo de personas a quien un producto o proceso impacta", o el "Receptor de un producto suministrado por el proveedor"

Política de calidad son "Las directrices y objetivos generales de una organización, concernientes a la calidad, los cuales son formalmente expresados por la alta dirección"

Administración de la calidad "Conjunto de actividades de la función general de administración que determina e implanta la política de calidad"

Sistema de calidad "Es la estructura organizacional, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para implantar la administración de calidad"²⁸

Calidad y eficiencia son inseparables, pues no tiene sentido elevar la segunda si no se asegura la primera y lo único que se lograría sería producir más de un servicio defectuoso, resulta insostenible elevar la calidad sin asegurar que los recursos sean utilizados al máximo rendimiento, de ahí que ambas formen parte de una estrategia integral que permita mejorar continuamente las estructuras, los procesos y los resultados de la atención de la salud. Deben estar sujetas a un proceso continuo y participativo de monitoreo y mejoramiento. La calidad de un producto denominado servicio no es tangible, por lo que ésta se refleja directamente en los clientes contentos. En la industria de servicios, la ineficacia y la ineficiencia eleva los costos internos y en ocasiones pone en riesgo la salud e incluso la vida humana.

Para el control de la productividad y calidad de los equipos y procesos se debe contar con estadísticas de pacientes programados contra atendidos, estadísticas de tipos de pacientes y de procedimientos, medición de la productividad por tiempo definido, una programación de citas de pacientes, futuros estudios clínicos de casos documentados y un análisis de la calidad de la atención.

²⁷ Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, "Administración de la Calidad y Aseguramiento de la Calidad", Norma Mexicana:NMX-CC-001, p 1

²⁸ Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, "Administración de la Calidad y Elementos del Sistema de Calidad" Norma Mexicana: NMX-CC-006, p 4

Los factores que pueden afectar la calidad de los servicios están dados por la cultura organizacional, restricciones por normas y reglamentos, recursos materiales y tecnológicos insuficientes o inapropiados, recursos humanos medianamente capacitados y poco motivados, carencias de sistemas de información efectivos y oportunos y carencia de un líder que dirija al grupo de trabajo²⁹

4.1. Evaluación y Supervisión de la Calidad

Evaluación de la calidad es "Un análisis sistemático con el fin de determinar en qué medida un elemento es capaz de satisfacer los requisitos especificados"³⁰

La evaluación de la calidad constituye uno de los retos principales de las organizaciones de atención a la salud para mejorar permanentemente su desempeño y la satisfacción de los usuarios, aspecto esencial de la calidad y la razón de ser de toda organización de atención. Para ello se establecen criterios tales como: eficacia, seguridad, cualidades de los recursos humanos, eficiencia, efectividad, efectividad de costo, disponibilidad oportuna del servicio, equipos médicos e instalaciones especiales, planta y edificio, personal médico y de enfermería, personal paramédico, personal administrativo, personal de apoyo, procedimientos, manejo de pacientes, comités de seguridad y control de calidad, administración, servicios clínicos, resultados adversos, cultura organizacional y sistemas de información.

Para evaluar la eficacia, eficiencia y calidad de un servicio se debe tomar en cuenta:

- El tiempo de respuesta, es decir el tiempo que se demora en brindar el servicio desde que se reporta hasta el momento de su reparación.
- La frecuencia de fallas, da la medida de la cantidad de veces que se interrumpe el servicio por una o diversas causas, esto da la idea de que el servicio no se proporciona con el rigor técnico y calidad necesaria.
- La acción técnica, se refiere a la duración en el mantenimiento propiamente dicho y depende de la calificación y preparación del técnico o especialista.
- La gestión, en el suministro de refacciones para la pronta reposición en el equipo y así garantizar el servicio.
- Los costos, que conducen a la selección de un modelo de administración u otro en función de los recursos disponibles a la atención del equipamiento médico.

Actualmente la desigualdad más grave que afecta al sistema de salud ya no se da en la cobertura sino en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales, por tanto el objetivo debe ser elevar los niveles de calidad y al mismo tiempo reducir las desigualdades en su distribución.

²⁹ Corzo González, Ileana, Tesis: *La Ingeniería Biomédica Incorporada a los Departamentos de Mantenimiento como Factor de Evaluación de la Calidad de los Servicios*. Facultad de Contaduría y Administración, División de Estudios de Posgrado UNAM 2001. p p 114

³⁰ Instituto Mexicano de Normalización y Certificación ob cit p 16

En México en lo referente a la atención médica y los requerimientos para hospitales, se cuenta con la Ley General de Salud, la Ley Federal de Salud para el D. F., el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Reglamento de Insumos para la Salud y acuerdos emitidos por la Secretaría de Salud entre otros. En la presente administración se implementa la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2001-2006)

Por tanto, administrar con calidad pretende lograr que toda empresa pública o privada proporcione servicios y bienes de aceptación universal, de confianza para cualquier usuario, basándose en un trabajo ordenado, orientado a hacer bien las cosas desde el principio y con un fuerte compromiso de todos a cambiar las cosas y ser altamente competitivos

Tanto el cliente interno como el externo constituyen la parte más importante en el sistema de calidad. La satisfacción en primera instancia del personal interno es la base para que una organización logre la satisfacción externa y después tener en cuenta que el cliente es siempre el cliente

Capítulo 5

5. Antecedentes Clínica Hospital Churubusco

5.1. Ubicación

La Clínica Hospital Churubusco del ISSSTE, está ubicada en Calzada de Tlalpan No 1983, Col. Parque San Andrés, Delegación Coyoacán, C P 04040, en México, D F.

5.2. Datos Generales

La Clínica Hospital Churubusco inicia sus actividades en 1961 y pertenece a la Delegación Regional Zona Sur. Sus funciones son las de proporcionar atención para la salud a los derechohabientes remitidos de las clínicas de medicina familiar de la zona sur del área metropolitana.

La Clínica cuenta con un presupuesto desconcentrado de \$ 6,287,342.32 anuales para servicios personales, materiales, suministros y servicios generales, además de un fondo revolvente que se administra directamente en la Clínica de \$ 420,000.00 anuales para servicios y mantenimiento.

5.3. Estructura de la Organización

La organización de la Clínica está integrada por la Dirección, Subdirección Médica y Administrativa, las Coordinaciones, Jefaturas de Servicio, el Área de Enseñanza e Investigación y Epidemiología, el Área operativa, es decir, cuenta con 4 niveles de jerarquía.

El total de los recursos humanos dentro de la Clínica es de 227 personas de los cuales 79 son médicos, 54 enfermeras, 43 técnicos, 45 administrativos y 6 de servicios generales. De estos la mayoría es personal de base y los demás, personal de confianza. El personal de base se encuentra afiliado al Sindicato Nacional de Trabajadores del ISSSTE, el cual es un sindicato único y democrático que nace como tal el 15 de febrero de 1960 y que se encarga de los problemas laborales de sus afiliados. En la actualidad el sindicato tiene buenas relaciones con la Dirección de la Clínica.

5.4. Interrelaciones con otras Organizaciones

La Clínica Hospital Churubusco y el ISSSTE en general se interrelacionan con otras instituciones de salud como el I.M.S.S., PEMEX, SEDENA, S.E.P., la Secretaría de Salud y el Gobierno del Distrito Federal para realizar actividades conjuntas en: Programas de vacunación universal, salud reproductiva, vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles y emergencia epidemiológica para crear cercos sanitarios.

Los recursos materiales por una parte son enviados de la Subdirección General de Abasto y Servicios Generales a través de licitaciones con diferentes proveedores, esto es, en cuanto a material que se encuentra dentro del cuadro básico; lo que está fuera de cuadro básico se adquiere por compra directa en la Clínica

5.5. Proveedores

Entre los principales proveedores se encuentran:

- Abastecedora y Comercializadora del Norte
- Hideko, S.A de C. V
- Promac S.A de C. V
- Dentrade, S.A de C V
- Vel, Distribuidores
- Kodak
- Juama
- Mallinckrodt
- Protec
- Smith& Nephew México, Inc
- Cia Industrial América
- Sondex, S A de C. V.
- Esteritech, S A de C V
- Quiort S A de C V
- Proveedora de Instrumental y Equipo
- Matcur, S A. de C. V.
- Medical, S A de C. V.
- Reproquitin. S A. de C V
- GC Corporation Europe N V
- Nic Tone
- Viarden, S.A. de C V
- Dentsply México, S A. de C V.

5.6. Antecedentes Operativos y Financieros

La Clínica Hospital Churubusco tiene la capacidad física instalada siguiente:

Capacidad física instalada	Cantidad
• Consultorios de especialidad	44
• Quirófanos	2
• Camas de recuperación	6
• Camas de urgencia	3
• Laboratorio Clínico	1
• Peines de laboratorio	7
• Salas de imagenología	4
• Consultorio dental	4
• Rx dental	4

De la capacidad física instalada se utiliza el 100% en el turno matutino y el 50% en el turno vespertino, es decir que hay una sub-utilización en este turno

La finalidad de la Clínica es proporcionar servicios de atención a la salud a una población derechohabiente de 947,583 personas entre trabajadores y pensionados y los familiares de ambos, otorgándose 140,681 consultas al año en la manera siguiente:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Consultas

Especialidad	No. de Consultas
• Ortopedia	38,855
• Urgencias	11,162
• Ginecología	11,991
• Oftalmología	13,134
• Otorrinolaringología	7,558
• Cardiología	8,147
• Gastroenterología	5,761
• Endodoncia	5,621
• Endocrinología	5,990
• Dermatología	6,972
• Urología	5,036
• Ortodoncia	4,960
• Odontopediatría	4,257
• Neumología	2,628
• Psiquiatría	2,459
• Pediatría	1,647
• Geriatria	1,568
• Psicología	1,520
• CECIS (Cirugías)	1,415
Total	140,681

Los pacientes son referidos a la Clínica de Especialidades Churubusco de 12 Clínicas de Medicina Familiar de la Zona Regional Sur del área metropolitana, y en ocasiones foráneos, para su atención en las diferentes especialidades brindadas

5.7. Antecedentes Relevantes

La Clínica Hospital Churubusco inició sus actividades en 1961 como Clínica Familiar (1er. Nivel de atención) convirtiéndose en Clínica de Especialidades (2º Nivel de atención) en el año de 1988. Posteriormente en el año de 1998 se convierte en Clínica Hospital al crearse el Centro de Cirugía Simplificada (CECIS), realizándose cirugías de corta estancia

El número de consultas otorgadas a partir de 1995 fue en aumento hasta 1998 cuando empieza a disminuir por la congelación de plazas después de un programa institucional de retiro voluntario, no habiendo contratación de más personal por falta de presupuesto.

A continuación se presenta el historial de la consulta otorgada para observar la tendencia que ha seguido durante los últimos siete años y se piensa que puede seguir de la misma manera en caso de no aplicar medidas que modifiquen el comportamiento en la atención:

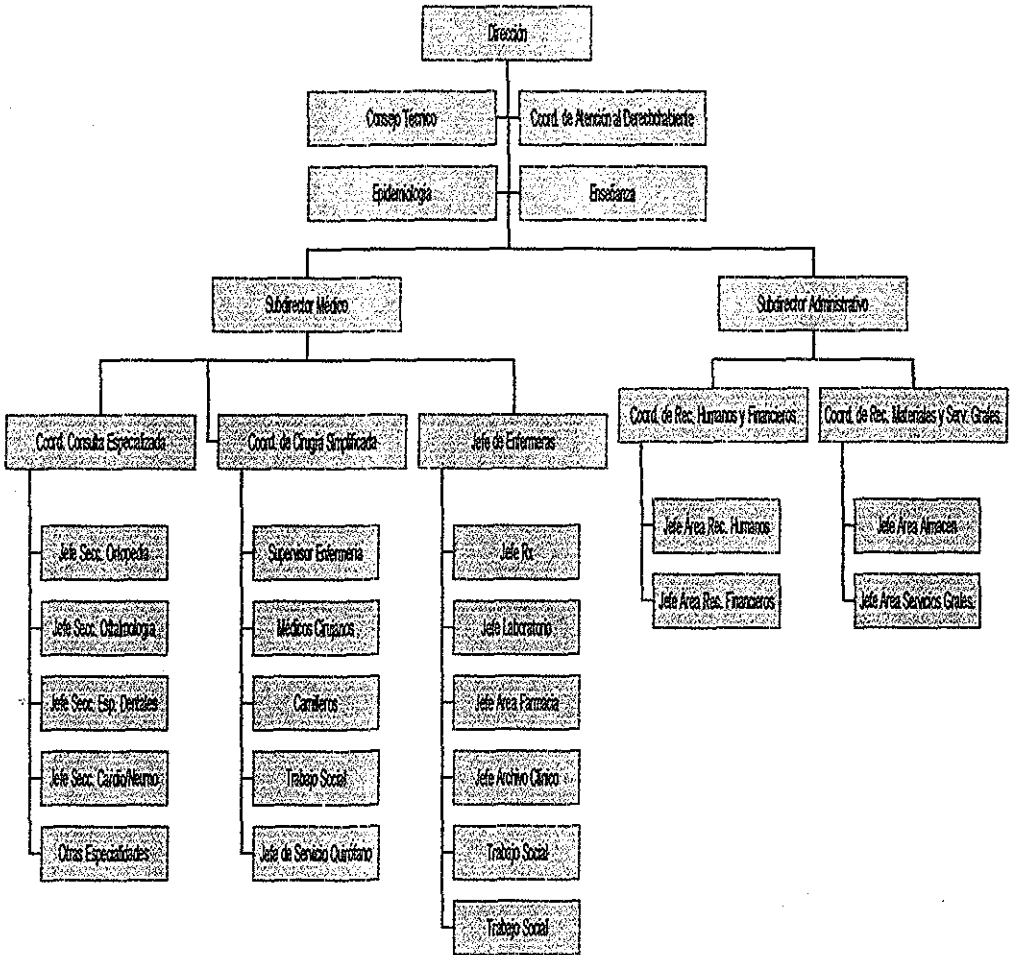
Historial de Consultas

Año	Consultas Otorgadas	Cantidad de Plazas
1995	104,827	51
1996	119,008	65
1997	127,898	72
1998	140,681	80
1999	137,788	78
2000	127,963	78
2001	122,099	78

5.8. Organigrama

Se identificará la estructura organizacional actual, y como punto de partida tomaremos el organigrama formal actual, para describir el tipo de división del trabajo, las relaciones formales de la autoridad y la toma de decisiones, así como su delegación con los niveles de responsabilidad y la coordinación y control existentes.

Organigrama Actual



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

A continuación se presentan los cuadros comparativos de los importes erogados en recursos humanos de 1999 al 2001, donde se observa que el personal no ha aumentado en los últimos 3 años, debido a los recortes presupuestales y al programa institucional de Retiro Voluntario.



Subdirección General Médica
 Delegación Regional Zona Sur
 Subdelegación Médica
 Clínica Hospital Churubusco
 con Centro de Cirugía Simplificada

5.9. Importes Erogados en Recursos Humanos 1999

Concepto	Número de personas	Cantidad anual	%
Médico	78	11'497,853.12	49.23
Enfermeras	52	4'185,196.24	17.92
Administrativos	49	2'886,730.03	12.36
Servicios Generales	9	433,061.03	1.85
Auxiliares de diagnóstico	37	3'192,989.81	13.67
Mandos medios	7	1'161,898.59	4.97
Total	232	23'357,728.82	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



Subdirección General Médica
 Delegación Regional Zona Sur
 Subdelegación Médica
 Clínica Hospital Churubusco
 con Centro de Cirugía Simplificada

5.9.1 Importes Erogados en Recursos Humanos 2000

Concepto	Número de personas	Cantidad anual	%
Médico	79	13'773,996.61	52.61
Enfermeras	54	4'524,916.39	17.28
Administrativos	45	2'621,032.23	10.01
Servicios generales	6	229,266.40	1.12
Aux. de diagnóstico	36	3'359,556.41	12.83
Mandos medios	7	1'608,818.81	6.15
Total	227	26'180,986.85	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



Subdirección General Médica
Delegación Regional Zona Sur
Subdelegación Médica
Clínica Hospital Churubusco
con Centro de Cirugía Simplificada

5.9.2. Importes Erogados en Recursos Humanos 2001

Concepto	Numero de personas	Cantidad anual	%
Médico	78	13'222,531.04	49.36
Enfermeras	54	5'203,653.84	19.42
Administrativos	42	2'854,895.04	10.65
Servicios generales	9	498,020.18	1.86
Aux. de diagnóstico	37	3'671,938.29	13.70
Mandos medios	7	1'336,183.37	5.1
Total	227	26'787,221.76	100

En las siguientes tablas observaremos que no hubo incremento para los años 2000- 2001 en los diferentes capítulos del gasto.



Subdirección General Médica
 Delegación Regional Zona Sur
 Subdelegación Médica
 Clínica Hospital Churubusco
 con Centro de Cirugía Simplificada

**5.10. Presupuesto Inicial Contra Presupuesto Incremento 1999
 (Pesos)**

Concepto de Gasto	Presupuesto			1999
	Inicial	Ejercido	Incremento	%
1000 Servicios Profesionales	247,162	373,888	126,726	51.27
2000 Materiales y Suministros	2'226,348	2'895,286	668,938	30.05
3000 Servicios Generales	463,510	1'619,941	1'156,431	249.49
6000 Obra Pública	-	122,373	122,373	-
Total	2'937,020	5'011,488	2'074,468	70.63

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ISSSTE

Subdirección General Médica
 Delegación Regional Zona Sur
 Subdelegación Médica
 Clínica Hospital Churubusco
 con Centro de Cirugía Simplificada

**5.10.1 Presupuesto Inicial Contra Presupuesto Incremento 2000
 (Pesos)**

Concepto de Gasto	Presupuesto		2000	
	Inicial	Ejercido	Incremento	%
1000 Servicios Profesionales	122,065.12	460,886.93	338,821.81	277.57
2000 Materiales y Suministros	1,666,895.91	4,071,137.87	2,404,241.96	144.2
3000 Servicios Generales	784,533.19	1,755,317.52	973,784.33	124.6
6000 Obra Pública	0	0	0	0
Total	2,570,494.22	6,287,342.32	3,716,848.10	144.59

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

**5.10.2. Presupuesto Inicial Contra Presupuesto Incremento 2001
(Pesos)**

Concepto de Gasto	Presupuesto		2001	
	Inicial	Ejercido	Incremento	%
1000 Servicios Profesionales	122,065.12	460,886.93	338,821.81	227.57
2000 Materiales y Suministros	1'666,895.91	4'071,137.87	2'404,241.96	144.2
3000 Servicios Generales	748,533.19	1'755,317.52	973,784.33	124.6
6000 Obra Pública	0	0	0	0
Total	2'570,494.22	6'287,342.32	3'716,848.10	144.59

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En seguida tenemos el comparativo del gasto delegacional, donde observamos un aumento por capítulo del gasto del año de 1999 al 2000.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.10.3 Comparativo del Gasto Delegacional (Miles de Pesos)

Concepto de Gasto	Ejercicio		Diferencia	
	1999	2000	\$	%
1000 Servicios Profesionales	373.8	460.9	87.1	23.3
2000 Materiales y Suministros	2,895.3	4,071.1	1,175.8	40.6
3000 Servicios Generales	1,619.9	1,755.3	135.4	8.3
6000 Obra Pública	122.4	0	122.4	0
Total	5,011.4	6,287.3	1,275.90	25.5
PER-CAPITA	5.29	6.64		

En este cuadro se desglosa el tipo de recursos humanos con que cuenta la Clínica, notando que no sólo no se han incrementado del año 2000 al 2001, sino que los médicos han disminuido



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.11. Recursos Humanos

Tipo	2000	2001	Variación %
Médicos	79	78	(1.26)
Enfermeras	54	54	0
Técnicos	36	37	1.26
Administrativos	42	42	0
Servicios Generales	9	9	0
Cuerpo de Gobierno	7	7	0
Total	227	227	0

En el siguiente cuadro se muestra el grado de ausentismo del personal, siendo aún mayor éste por parte de los médicos.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.11.1. Porcentaje de Ausentismo por Rama 2000-2001

Rama	2000		2001	
	Días no Lab.	%	Días no Lab.	%
Médicos	1507	45.9	2580	56.6
Enfermeras	639	19.5	1919	42.1
Técnicos	370	11.3	31	6.8
Administrativos	722	22.0	29	6.5
Servicios Generales	44	1.3	0	0
Cuerpo de Gobierno	0	0.0	0	0
Total	3,282	100	4,559	100

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Las siguientes 2 tablas muestran que a pesar de la solicitud en el incremento de los servicios, el personal no ha aumentado, se sigue trabajando con el mismo número de personal.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.11.2. Personal Promedio por Rama y Turno 2000

Grupo	Matutino	Vespertino	Nocturno	Sab/Dom/ Festivos	Total	%
Médicos	45	26	4	4	79	34.8
Enfermería	27	21	2	4	54	23.8
Administrativos	27	9	3	6	45	19.8
Servicios Generales	2	1	3	0	6	2.6
Técnicos	33	2	0	1	36	15.9
Cuerpo de Gobierno	6	1	0	0	7	3.1
Total	140	60	12	15	227	100.0

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.11.3. Personal Promedio por Rama y Turno 2001

Grupo	Matutino	Vespertino	Nocturno	Sab/Dom/ Festivos	Total	%
Médicos	46	24	5	3	78	34.4
Enfermería	26	20	5	3	54	23.7
Administrativos	27	8	5	3	42	18.5
Servicios Generales	5	1	2	1	9	4.0
Técnicos	33	3	0	1	37	16.3
Cuerpo de Gobierno	6	1	0	0	7	3.1
Total	143	57	17	11	227	100

En el siguiente cuadro se aprecia que la mayor demanda de consulta se encuentra entre las edades de 45 a 64 años de edad, lo cual se explica por la transición epidemiológica y el aumento en las enfermedades crónico – degenerativas.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.12. Consultas Otorgadas Según Grupo de Edad 2001

Grupo de Edad	Consultas	%
<1 Año	106	8.68
1 - 4 Años	5,409	4.43
5 - 14 Años	20,135	16.49
15 - 24 Años	4,417	3.62
25 - 44 Años	31,841	26.08
45 - 64 Años	40,565	33.22
65 +	19,,626	16.07
Total	122,099	100

El servicio de ortopedia y cardiología se encuentran saturados, debido a un mal diferimiento del Primer Nivel, y al aumento de las enfermedades crónico – degenerativas y vasculares.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.12.1. Consultas Otorgadas por Servicio 2001

Servicio	Consulta	%	Paciente/Hora
Ortopedia	33,473	27.4	3.0
Urgencias	6,591	5.3	1.1
Ginecología	10,346	8.4	2.4
Oftalmología	9,027	7.3	2.6
Otorrinolaringología	9,368	7.6	2.4
Cardiología	11,261	9.2	3.0
Gastroenterología	5,956	4.8	2.4
Endodoncia	4,766	3.9	1.9
Endocrinología	5,367	4.3	2.4
Dermatología	6,541	5.3	2.5
Odontopediatría	2,592	2.1	1.5
Ortodoncia	2,860	2.3	1.6
Psiquiatría	1,541	1.26	1.0
Urología	2,972	2.4	3.5
Neumología	2,585	2.1	1.9
Pediatría	1,134	.9	1.5
Psicología	1,329	1.0	1.0
Geriatría	861	.7	1.1
Colposcopia	340	.2	2.7
CEGIS	3,189	2.6	1.7
Total	122,095	100	

Las causas que generan el no otorgamiento de los servicios generalmente son: el médico no asiste a trabajar, el paciente se desanima ante los diferimientos tan largos entre una consulta y otra y en otras ocasiones no existe material y / o los aparatos fallan.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.12.2. Consultas no Otorgadas por Servicio 2001

Servicio	Consultas no Otorgadas	%
Ortopedia	6,244	23.7
Urgencias	3	.01
Ginecología	2,587	9.8
Oftalmología	2,643	10.03
Otorrinolaringología	2,918	11.07
Cardiología	1,952	7.4
Gastroenterología	1,868	7.09
Endodoncia	1,369	5.19
Endocrinología	1,238	4.69
Dermatología	1,928	7.31
Odontopediatria	739	2.80
Ortodoncia	701	2.66
Psiquiatría	159	.60
Urología	100	.37
Neumología	630	2.39
Pediatria	233	.88
Psicología	500	1.89
Geriatría	2	.007
CECIS	530	2.01
Total	26,344	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El servicio que más se refiere a otras Unidades Médicas es rehabilitación, por ser también el servicio más demandado, después oftalmología y otorrinolaringología



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.13. 10 Primeras Causas de Referencia por Servicio a otros Niveles de Atención 2001

Servicio	Hospital Adolfo López Mateos	Hospital G. Darío Fernández	Hospital G. Fdo. Quiroz	Centro Médico 20 de Noviembre	Otros Hospitales	Total
Med. Fisica Rehabil.	17	0	0	0	2079	2096
Oftalmología	715	393	138	39	0	1285
Otorrinolaringología	967	175	65	18	3	1228
Patología	687	352	91	4	1	1135
Ginecología	420	302	92	7	0	821
Ortopedia (Trauma)	443	254	86	8	1	792
Cardiología	499	99	22	32	0	652
Cirugía General	86	52	14	3	0	155
Urología	112	81	10	11	0	214
Clínica de Mama	88	11	2	2	0	103
Otras	569	264	70	34	15	952
TOTAL	4,603	1,982	591	158	2,099	9,433

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La siguiente tabla representa a quienes hacen mayor uso de los servicios médicos y son los familiares de los trabajadores



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.14. Población Derechohabiente en la Clínica "Churubusco" 2001

Tipo	2000	%
Trabajadores	53205	43.6
Familiares	56614	46.4
Pensionados	10526	8.6
Familiares Pensionados	1754	1.4
Total	122099	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En la mayoría de los Programas no se alcanzaron las metas programadas porque hace falta una cultura de la prevención de las enfermedades, la Clínica tiene un enfoque netamente curativo



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.15. Logros Programáticos en Medicina Preventiva 2001

Programas	Metas	Logros	Avances
Vigilancia y Control Epidemiológico	6,182	6,017	97.3
Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación	7,452	5,675	76.2
Control de Enfermedades Trasmisibles	4,485	4,560	101.7
Control de Enfermedades no Trasmisibles	4,759	3,499	73.5
Detección Oportuna de Enfermedades	157,629	212,923	135.1
Planificación Familiar	2,169	1,985	87.4
Materno Infantil	8,460	26,742	316.1
Orientación Para La Salud	17,752	57,490	323.9
Controlar el Estado de Salud de la Embarazada	645	614	95.2
Prevención de Padecimientos Bucodentales	5,461	7,453	133.6
Total			

Las metas no se alcanzaron tampoco en Medicina Curativa, debido a muchos factores como; falta de personal médico en el turno vespertino, ausentismo de los médicos y enfermeras, falta de mantenimiento oportuno de los equipos, falta de material por el recorte presupuestal.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.15.1. Logros Programáticos en Medicina Curativa 2001

Programas	Metas	Logros	Avances
Consulta Externa Especializada	141299	116212	82.1
Consulta Externa General	7472	7430	99.4
Proporcionar Consulta Bucal	12432	11386	91.6
TOTAL			

Difícilmente se lograrán las metas con la política laboral impuesta hasta el día de hoy, ya que no existe compromiso institucional por parte de los trabajadores



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

5.15.2. Logros Programáticos en Capacitación 2001

Programas	Metas	Logros	Avances
Capacitación a la Población	17,348	16,528	95.3
Capacitación en el Sector Salud	26	18	69.3
Formar Profesional Técnico	45	12	26.7
Total			

Debido a los recortes presupuestales, la Clínica procura contrareferir a los pacientes a su Unidad de origen lo más pronto posible.



**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

**5.16. Contrareferencias a Clínicas de Medicina Familiar
2000-2001**

Clínica	2000		2001		Incremento 2000-2001 (%)
	No.	%	No.	%	
Coyoacan	280	8.62	352	8.69	.07
Del Valle	279	8.58	280	6.91	1.67
División	330	10.15	461	11.38	1.23
Ermita	313	9.63	403	9.95	.32
Fuentes Brotantes	83	2.5	150	3.70	1.2
Ignacio Chávez	438	13.48	539	13.30	(.18)
Milpa Alta	121	3.72	122	3.01	(.71)
Narvarte	437	13.45	513	12.66	(.79)
Revolución	339	10.43	446	11.01	(.58)
Tlalpan	241	7.42	326	8.05	(.63)
Xochimilco	384	11.82	458	11.30	(.52)
Otras Fuera de Zona	5	0.15	1	.002	(.15)
Total	3,250	100.0	4,051	100	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La pirámide poblacional esta representada mayormente por la población de entre los 5 a los 49 años de edad y de manera importante por las personas mayores de 75 años.



ISSSTE

**Clínica Hospital "Churubusco"
con Centro de Cirugía Simplificada**

**5.17. Pirámide de Población Inscrita Concentrado Delegacional
Enero 2000**

Grupo	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
<1	24	0.00	28	0.01	52	0.01
1-4	10684	2.04	10222	1.95	20906	3.99
5-9	18429	3.52	17523	3.35	35952	6.86
10-14	21356	4.08	20351	3.89	41707	7.96
15-19	22589	4.31	22342	4.27	44931	8.58
20-24	13683	2.61	15205	2.90	28888	5.52
25-29	15897	3.04	21200	4.05	37097	7.08
30-34	14235	2.72	22428	4.28	36663	7.00
35-39	16126	3.08	25797	4.93	41923	8.00
40-44	16794	3.21	25443	4.86	42237	8.06
45-49	16009	3.06	21802	4.16	37811	7.2
50-54	13802	2.64	18646	3.56	32448	6.20
55-59	11804	2.25	15124	2.89	26928	5.14
60-64	10157	1.94	12987	2.48	23144	4.42
65-69	8446	1.61	11759	2.25	20205	3.86
70-74	6757	1.29	10033	1.92	16790	3.21
75+	14161	2.70	21904	4.18	36065	6.89
Total	230953	44.10	292794	55.90	523747	100.0

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Capítulo 6

Planeación Estratégica de la Clínica Hospital Churubusco del ISSSTE

La planeación la hacemos en función de tres etapas de tiempo: pasado, presente y futuro, como un proceso que pretende en primer lugar establecer un sistema de objetivos coherentes, fijando sus prioridades y en segundo término determinar los medios apropiados para la consecución de dichos objetivos, a través de diferentes estrategias.

6. Diagnóstico de la Organización

Modelo de los Tres Vectores

Este modelo, permite identificar y establecer el sistema generado por la organización y su entorno. Se aplica en el diagnóstico, pronóstico y prospectiva tecnológica como antecedente a los planes, programas y proyectos para el crecimiento o la permanencia de la organización. El sistema organizacional surge de la interrelación existente en tres dimensiones llamadas vectores, y del entendimiento de éstas relaciones surgen las mejores opciones estratégicas.

6.1. Primer Vector o Misión

En el debemos de identificar el mercado que se pretende servir, localizando a nuestros clientes con sus necesidades y a la competencia de nuestros productos (ya sea un bien o un servicio), estos elementos son los que marcan el rumbo de cualquier organización. Este vector se ve representado por la misión que es la que determina la parte estratégica de nuestra organización.

Productos (Bienes o Servicios)

Productos	Características
Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none">• Bajo la Norma Oficial Mexicana (NOM).• Para derechohabientes• Sólo pacientes canalizados

Clientes

Cliente	Características	Necesidades	Características del satisfactor demandado
Pacientes derechohabientes	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores • Familiares de trabajadores • Pensionados y jubilados y sus familiares derechohabientes del ISSSTE 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica especializada para recuperar la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad • A tiempo • Eficiencia • Efectividad • Accesibilidad • Buen trato • Tiempos de espera cortos

Competencia

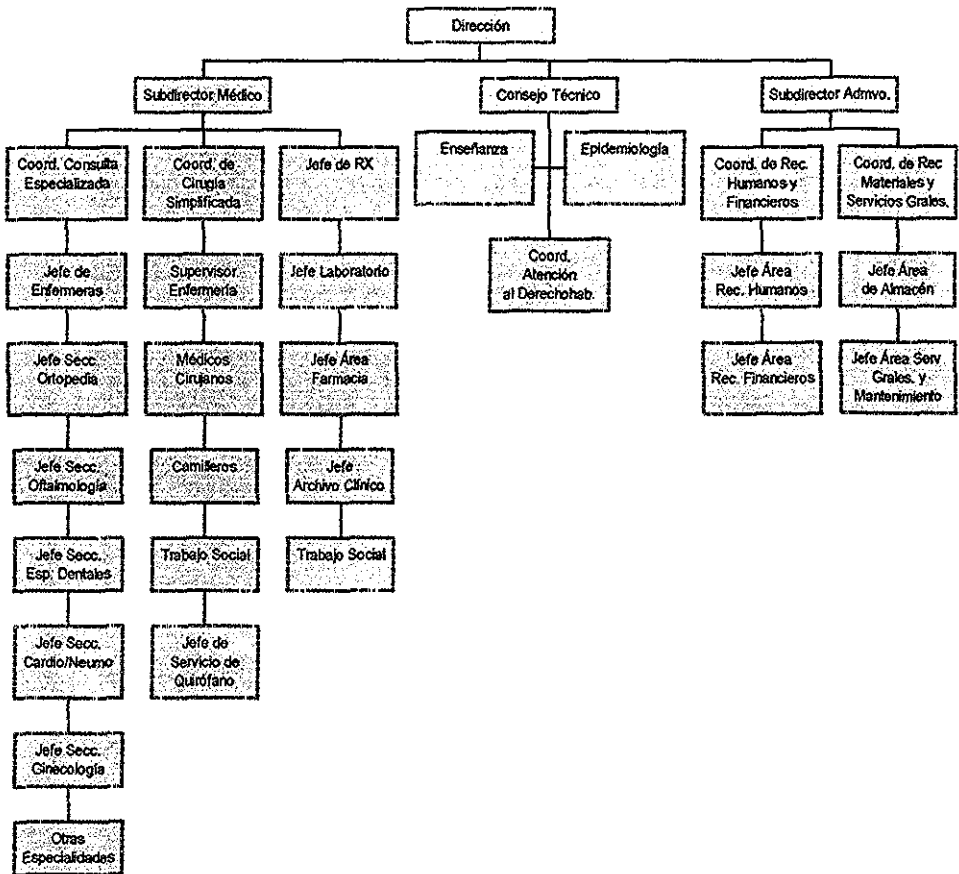
Organización	Características	Productos que ofrecen (características)
<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud 	Bajo costo	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios más sofisticados
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales privados de bajo costo 	Mejores instalaciones Más reconocidos	<ul style="list-style-type: none"> • Mejores diagnósticos • Bajo costo • Tratamientos rápidos y efectivos

6.1.1. Misión

Otorgar a los trabajadores, pensionados y jubilados, así como a sus familiares derechohabientes atención médica especializada para recuperar la salud con oportunidad y eficiencia

6.2. Segundo Vector o Estructura Organizacional

Organigrama



El Segundo vector o estructura organizacional depende de la misión; es decir sigue a la estrategia. La estructura no es inamovible, debe ser flexible y capaz de responder a los cambios del entorno. Este vector es el socio técnico, en el que los resultados finales individuales y de grupo se relacionan con el clima organizacional

En la estructura organizacional se considerarán:

- a) aspectos horizontales , tales como división del trabajo, grado de especialización, relaciones lineales y departamentalización
- b) Aspectos verticales: Delegación, descentralización, número de niveles jerárquicos y tramo de control
- c) Cultura organizacional: Sistema de trabajo para la optimización de ideas, actitud de servicio, visión compartida, principios y valores compartidos, compromiso, disciplina y liderazgo entre otras.

Niveles jerárquicos

Nivel jerárquico	Funciones	Responsabilidades	Tramo de control
Dirección	<p>Coordinación y participación en la planeación de los programas de la unidad</p> <p>Coordinación de la estructuración del presupuesto por programas. Vigila y evalúa en forma permanente la calidad de la atención médica</p>	Es responsable de que la organización funcione correctamente y dé un excelente servicio.	4 personas
Subdirección médica	<p>Presentar a la consideración de la dirección los programas de trabajo de los servicios</p> <p>Dar solución a los problemas que no pudieran ser resueltos en los niveles subordinados de la organización.</p>	Responsable ante la dirección, de la organización y buen funcionamiento de los servicios.	5 personas

Nivel jerárquico	Funciones	Responsabilidades	Tramo de control
Subdirección administrativa	Encargados y responsables de proporcionar el apoyo administrativo y logístico para otorgar la atención en forma óptima	Responsable ante la dirección de la organización y buen funcionamiento de los servicios administrativos y generales.	6 personas
Coordinaciones	Asesorar y auxiliar en la organización, dirección, coordinación y control de las actividades técnico administrativas	Garantizar niveles óptimos de atención médica a los usuarios, mediante la observación y cumplimiento de las normas y lineamientos establecidos.	10 personas
Jefaturas de Servicio	<p>Solucionar los problemas de demanda de atención médica en el servicio.</p> <p>Vigilar que se observen las normas y procedimientos establecidos por la institución</p> <p>Reportar las fallas del equipo de servicio</p> <p>Evaluación y control del expediente clínico.</p> <p>Solicitud del material necesario.</p> <p>Realizar informes médicos mensuales.</p> <p>Realzar programas de trabajo del servicio.</p>	Responsable ante la dirección del buen funcionamiento del servicio en general	6 a 20 personas

6.2.1. Grado en que la Estructura Organizacional Ayuda a Cumplir con la Misión de la Empresa

Elemento	Debilidades			Fortalezas		
	Nulo	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto
Estructura						X
Funciones						X
Autoridad						X
Responsabilidad						X
Tramo de Control						X
Delegación						X
Control Interno						X
Valores Compartidos						X
Reglamentos						X
Manuales						X
Comunicación de Tareas				X		
Liderazgo					X	
Reconocimiento						X
Apoyo						X
Sentimiento de Identidad		X				
Solución de Conflictos					X	
Coordinación entre Áreas				X		
Selección del Personal						
Capacitación			X			
Presupuesto						
Aplicación del Presupuesto						X
Comercialización	X					
Promoción	X					
Ventas	X					
Logística			X			
Almacén						X
Precio de Venta	X					

6.2.2. Definiciones

Estructura:	Es el mecanismo por medio del cual permite a los administradores el cumplimiento de metas y la toma de decisiones necesarias para la puesta en práctica de los planes
Funciones:	Es una estructura muy útil para organizar los conocimientos administrativos
Autoridad:	Formal - Adquirida a través de nombramientos Técnica - Adquirida a través de conocimientos Confianza - Capacidades humanas, antigüedad
Responsabilidad:	La obligación en que está todo miembro de responder por la debida realización de los deberes que se le han asignado
Tramo de control:	Dirección- Regulación- Operativo
Delegación:	La autoridad se delega, la responsabilidad se comparte
Control interno:	Elemento del sistema que mide el producto original en relación al deseado, corrige automáticamente el sistema.
Valores compartidos:	Es el significado que tiene para todo el personal de la organización, el dar una atención con valores como calidad y calidez
Normatividad:	Es la conducta que deben seguir los miembros de un grupo.
Reglamentos:	Conjunto de normas que regulan el funcionamiento interno de un organismo
Manuales:	Son los documentos que señalan los procedimientos o las funciones específicas de cada departamento.

Comunicación de tareas:	Coordinación entre los trabajos que se deben realizar en un tiempo determinado.
Liderazgo:	Es la capacidad que tiene una persona para influir en el comportamiento de la gente
Reconocimiento:	Valor agregado de las organizaciones
Apoyo:	Áreas de apoyo adjetivas
Sentimiento de identidad:	Principio fundamental en las instituciones
Solución de conflictos:	Forma parte de la vida de una organización que puede ocurrir entre los individuos, grupos, o líneas de staff
Coordinación entre áreas:	Es reunir esfuerzos pendientes a un objetivo en común
Selección del personal:	Mecanismo por medio del cual se elige al personal idóneo para ocupar un puesto en una organización
Capacitación:	Es el desarrollo de los individuos dentro de una organización
Presupuesto:	Es un programa que permite conocer los recursos económicos que tendrá la organización para satisfacer sus necesidades durante lapsos determinados
Aplicación del presupuesto:	Es el acto de ejercer los recursos asignados en base a una normatividad

6.3. Tercer Vector o Diseño de Transformación

En éste vector se localiza el proceso de transformación, diseñado para producir productos (bienes o servicios) con ciertas características que deberán ser suficientes y necesarias para satisfacer las necesidades implícitas y explícitas de los clientes; este vector está conformado por cuatro elementos, tres de ellos son causas y el cuarto se considera el efecto. Como causas en el diseño de transformación tenemos:

- 1) Tecnología de proceso: aquí ubicamos el conocimiento básico, es decir, la teoría referente al proceso de transformación. Nuevas tecnologías de proceso (conocimientos) demandarán desarrollar nuevas tecnologías de operación.
- 2) Tecnología de operación: la experiencia acerca del diseño de transformación es un elemento decisivo en la competitividad de la organización. La teoría sin la práctica será conocimiento teórico y la práctica sin la teoría es empirismo.
- 3) Tecnología de equipo: es la parte física del diseño de transformación y sus características dependen del mercado, del proceso y de la experiencia.

Estos tres tipos de tecnología integran el proceso de transformación para obtener el producto, que es considerado como el cuarto tipo de tecnología, puesto que sumado a los anteriores integra el diseño de transformación.

- 4) Producto: Las características inherentes del producto, son el resultado del diseño de transformación y estos deberán ser de acuerdo con las necesidades del mercado objetivo.

Dependiendo del ciclo de vida de la organización y del sector al que pertenezca, algunos sistemas dependerán preponderantemente de algún vector o parte de éste, limitando la incidencia de los otros a un nivel menor.

<p style="text-align: center;">P R O C E S O</p>	<p>1. ¿Cuántos años de estudio teórico posee la gente en el área específica del Proceso? <u>21 promedio</u></p> <p>2. ¿Existen manuales del proceso donde se indiquen las teorías básicas del mismo? <u>Sí</u></p> <p>3. ¿El desarrollo teórico de su proceso:</p> <p>a) ¿Lo desarrollaron en la organización? <u>X</u></p> <p>b) ¿Lo copiaron de alguna otra organización?</p> <p>c) ¿Lo compraron en alguna organización?</p> <p>4. ¿Considera que el conocimiento teórico del proceso es suficiente para su diseño? <u>Sí</u></p>
<p style="text-align: center;">O P E R A C I Ó N</p>	<p>5. ¿Cuántos años de experiencia práctica, en el área específica de la organización, tiene la gente? <u>15 años</u></p> <p>6. ¿La experiencia práctica se concentra en algún área específica? <u>Sí</u></p> <p>7. ¿En caso de ser afirmativa la respuesta, diga en que áreas se tiene mayor y menor experiencia práctica:</p> <p style="text-align: center;">Mayor experiencia <u>Área médica</u> Menor experiencia <u>Administrativos</u></p>
<p style="text-align: center;">E Q U I P O</p>	<p>8. El equipo con que cuenta la organización es:</p> <p>a) ¿Es adecuado? <u>No (es obsoleto)</u></p> <p>b) ¿Es suficiente? <u>Sí</u></p> <p>c) ¿Está bien distribuido? <u>Sí</u></p>

6.3.1. Características e Indicadores de los Principales Productos de la Organización

Servicios	Características	Indicador
Consulta	Calidad, oportunidad	3 consultas /hr de 1ª vez 2 consultas /hr subsecuentes
Vacunas	Control de red de frío y refrigeración	5 vacunas /hr
Cirugía	Quirófano con asepsia. antisepsia adecuados Equipo e instrumental necesarios	1 cirugía c/ hr y media
Curaciones	Material necesario, criterios médicos para asepsia y antisepsia	4 curaciones/ hr

Servicios	Características	Indicador
Intermedios:		
Análisis clínicos	Estandarizados y calibrados los equipos Realizar una toma adecuada	
Estudios especiales	Bien preparado el paciente Equipo y medios de contraste adecuados	1 estudio/ hr
Estudios de RX	Bien preparado el paciente Equipo y medios de contraste adecuados	25 a 30 estudios por jornada de 6 hrs
Apoyo:		
Almacén	Tener el material necesario	% de índices de surtimiento
Farmacia	Los medicamentos	% de índices de surtimiento
Archivo	Espacio y resguardo para los expedientes Control de resguardo	80 a 100 expedientes por día (jornada de 6 hrs)

6.3.2 Grado de Satisfacción de Nuestros Clientes

Producto	Necesidad que satisface	Debilidades				Fortalezas	
		Nula	Baja	Media baja	Media	Media Alta	Alta
Consulta	salud					X	
Análisis de Laboratorio	salud						X
Estudios de RX	salud				X		
Medicamentos	salud			X			

6.3.2.1 Evaluación de la Calidad en la Atención Médica a través del Análisis de Quejas

Se ha considerado que en el acto médico participará el usuario que recibe la atención, el prestador de servicios que la otorga y la institución como ámbito en el cual se lleva a cabo esta atención. Tanto el usuario, como el prestador de servicios y la institución tienen expectativas, las cuales esperan que se puedan conseguir como resultado del proceso de la atención médica.

También ha quedado establecido que el usuario espera un trato personalizado, atención oportuna, un proceso de atención llevado a cabo en óptimas condiciones, amabilidad en el trato, información suficiente, comodidad en el medio ambiente de la unidad médica y satisfacción con los resultados obtenidos.

Con mucha frecuencia la institución donde se prestan los servicios no se entera de las causas y problemas que están generando insatisfacción en los usuarios como elementos que permitan establecer un punto de partida para su solución.

A través de la encuesta de opinión realizada en la Clínica de Especialidades Churubusco, se pretende investigar los motivos de insatisfacción a sus usuarios, identificar los problemas que afectan la calidad de la atención y establecer los procedimientos necesarios para prevenirlos y resolverlos

A continuación se presenta el resultado de la encuesta realizada a 223 usuarios:

Resultados

Servicio	Utilizó el Servicio o lo conoce		Prontitud en Atención				Amabilidad en Atención	No contestó
Vigilancia	81 %							
Citas	100 %		64%					
Archivo	100 %						77%	
Laboratorio	142	63.3 %	87.7 %				87.7 %	11.3 %
RX	124	55 %	76.6 %				76.6 %	23.4 %
Médico	100 %		Menos de 30 Min.	Entre 30 y 60 Min.	Más de 60 Min.		92 %	
			48%	27%	18%			
Enfermería							87 %	
Farmacia	Medicamentos completos		Medicamentos incompletos				63 %	25 %
	25 %		50 %					
Tiempo de permanencia desde que llegó hasta que salió			Menos de 30 Min	De 31 a 60 Min	De 61 a 90 Min	Más de 90 Min		6 %
			14 %	49 %	17 %	14 %		
Atención general	Muy buena	Buena	Regular	Mala				1 %
	13 %	63 %	20 %	3 %				

Servicio Médico

Duración de la consulta	Menos de 10 Min	Entre 11 y 20 Min	Entre 21 y 30 Min.	De 31 Min o más	No respondió
	21 %	57 %	14 %	5 %	3 %

Tiempo de espera entre la hora del carnet y la hora de la consulta	Menos de 30 Min	De 30 a 60 Min	Más de 60 Min	No respondió
	48 %	27 %	18 %	7 %

	De acuerdo a la enfermedad	No recibió explicación	Control de enfermedad		No respondió
	Interrogatorio	95 %			
Revisión	91 %				
Explicación	87 %	12 %			1 %
Recibió receta	74 %				
Resolvieron sus dudas	85 %				
Nueva cita			93 %		
Referencias a otra unidad	25 %				

6.3.3. Identificación de Fortalezas y Debilidades

Iniciamos el proceso de la planeación estratégica desarrollando el diagnóstico de la organización que integraremos en una matriz de fortalezas - oportunidades y debilidades – amenazas que considera la posible interacción entre las fortalezas y debilidades internas de la organización con las oportunidades y amenazas que el entorno le proporciona; de ésta manera se anticipan los posibles efectos que dichas interacciones tendrían en la organización, permitiendo así plantear las estrategias necesarias para potenciar o disminuir los efectos identificados

Fortalezas	
1	Cuenta con una buena estructura
2	Están bien definidas las funciones
3	Existe autoridad
4	Existe responsabilidad por parte del personal.
5	Hay tramos de control bien definidos
6	Existe delegación de autoridad
7	Existe un control interno
8	Existen valores compartidos
9	Existe normatividad, reglamentos y manuales de procedimientos
10	Existe reconocimiento y apoyo en las labores.
11	Se aplica el total de presupuesto en las necesidades
12	El almacén está muy bien organizado
Debilidades	
1	La gente no se identifica con la institución
2	Falta de presupuesto
3	Falta de capacitación del personal
4	Deficiencia de Logística
5	Falta de comunicación de tareas
6	No hay suficiente coordinación
7	Falta de personal
8	Personal sindicalizado

6.3.4. Análisis del Entorno

En éste enfoque sistémico, la organización se relaciona con otro subsistema llamado entorno y que es todo aquello que la rodea y no controla. De acuerdo al entorno donde se mueve la organización, encontraremos diferentes elementos que la pueden afectar.

Aspectos Económicos

- Nuevas tecnologías
- Impulso mundial a la apertura de fronteras para la libre circulación de mercancías, capitales e ideas (TLC y globalización)
- Desarrollo de grupos informales de la economía capital y volátil
- Inversiones golondrinas

Aspectos Políticos

- País con apertura y transición a la democracia
- Inequidad
- Multiplicación de las ONG 'S
- Cambios en la administración pública

Aspectos Sociales

- Paso de un país rural a otro urbano
- Desarrollo de la economía subterránea y el comercio informal
- Desigualdad social. mayores contrastes sociales
- Escasez de empleo
- Papel de la mujer cada vez más importante

Aspectos Culturales

- Utilización de la tecnología de la informática en la comunicación
- Educación a distancia
- Convivencia de estilos de vida mundiales con formas culturales
- Interdependencia e interacción de las grandes culturas del mundo
- Gestación de nuevas culturas periféricas

Aspectos Industriales (del sector específico)

- Descenso en las tasas de natalidad
- Aumento de la esperanza de vida al nacer
- Transición epidemiológica
- Aumento de las enfermedades crónico-degenerativas
- Mayor demanda de servicios de salud y altos costos de atención

Aspectos Tecnológicos

- Avances en las tecnologías del proceso electrónico de datos, telecomunicaciones con menos competitividad de las empresas y de las economías regionales y nacionales
- Avances en el área de nuevos materiales

Aspectos Científicos

- Avances científicos en salud y nutrición que propician un envejecimiento gradual de la sociedad
- Avances en el genoma humano

Aspectos Laborales

- Altos índices de desempleo
- Empleos mal remunerados
- Baja productividad del trabajador en México
- Incremento de las mujeres en el campo laboral
- Economía informal

Aspectos de Mercado

- Circulación de gran cantidad de productos extranjeros
- Vinculos comerciales, tecnológicos y académicos con países desarrollados
- Falta de competitividad de los productos nacionales para competir en los mercados internacionales

Otros

- Reformas del sector salud: las cuales pretenden integrar a toda la población (marginada y de la economía informal) al sistema de salud con la atención básica
- El paciente podrá elegir donde y con quien atenderse
- Políticas de racionalización de recursos para el sector salud

6 3 5. Oportunidades y Amenazas

Oportunidades	Amenazas
Desarrollo de nuevos materiales	Disminución del gasto público en el sistema de salud
Normas de certificación de calidad	Incremento del desempleo
Avances tecnológicos	Aumento de las expectativas de vida
Globalización y TLC	Recorte presupuestal
Reformas del sector salud	Transición epidemiológica
Adecuada accesibilidad geográfica	Desabasto institucional
Ampliación de cobertura	
Voluntad política	
Educación a distancia	

6.3.5.1. Escenario Integral

Una vez que realizamos nuestro análisis FODA, cruzamos las fortalezas con las oportunidades y las amenazas y de ésta manera desarrollamos las estrategias, utilizando las fortalezas para aprovechar y potenciar las oportunidades y disminuir o evitar las amenazas. De la misma manera se cruzan las debilidades con las oportunidades y las amenazas para obtener las estrategias; superar las debilidades aprovechando las oportunidades y disminuir o evitar las amenazas

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con una estructura bien establecida • Se aplica el total del presupuesto • Están bien definidas las funciones • Existe un control interno • Existe normatividad y manuales de procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de compromiso del personal • Presupuesto insuficiente • Falta de capacitación del personal • Deficiencia de logística • Falta de comunicación de tareas • Personal insuficiente • Falta de coordinación • Falta del sentimiento de identidad
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Reformas del sector salud • Globalización y TLC • Avances tecnológicos • Desarrollo de nuevos materiales • Normas de certificación de calidad • Voluntad política • Educación a distancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Política de racionalización de recursos • Incremento de desempleo • Aumento de las expectativas de vida • Recorte presupuestal • Transición epidemiológica • Desabasto institucional • Ampliación de cobertura

6.3.5.2. Matriz de Impacto Cruzado

<p style="text-align: center;">Fortalezas Debilidades</p> <p style="text-align: center;">Oportunidades Amenazas</p>	<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Cuenta con una estructura bien establecida 2 Se aplica el total del presupuesto 3 Funciones bien definidas 4 Existe control interno 5 Existe normatividad y manuales de procedimientos 	<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Falta de compromiso del personal 2 Presupuesto insuficiente 3 Falta de capacitación del personal 4 Deficiencia de logística. 5 Falta de comunicación de tareas 6 Personal insuficiente 7 Falta de coordinación 8 Falta sentimiento de identidad.
<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Reformas del sector salud 2 Globalización y TLC 3 Avances tecnológicos 4 Desarrollo de nuevos materiales 5 Educación a distancia 6 Normas de certificación de calidad 7 Voluntad política 	<p style="text-align: center;">Desarrollo tecnológico para lograr competitividad</p>	
<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Políticas de racionalización de recursos. 2 Desabasto institucional 3 Ampliación de cobertura 4 Falta de recursos financieros 5 Incremento del desempleo 6 Aumento de las expectativas de vida 7 Transición epidemiológica 		<p style="text-align: center;">Facilitar la capacitación del personal para alcanzar la excelencia en la atención médica</p>

6 3.5.3. Líneas Jerárquicas de Acción a Partir del Análisis del Presente y la Matriz FODA

Elementos	
Fortalezas - Oportunidades	
Estrategia	Objetivo
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo tecnológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un alto nivel de competitividad
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de protocolos de investigación con empresas privadas y laboratorios farmacéuticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un servicio más rápido y eficiente
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión con empresas para adquisición de materiales y equipo comodato 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un servicio más rápido y eficiente
Debilidades - Amenazas	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación profesional del personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar mejor nivel de atención
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer medidas de control de insumos 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un mejor aprovechamiento de los recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un sentimiento de identidad y de compromiso por parte del personal

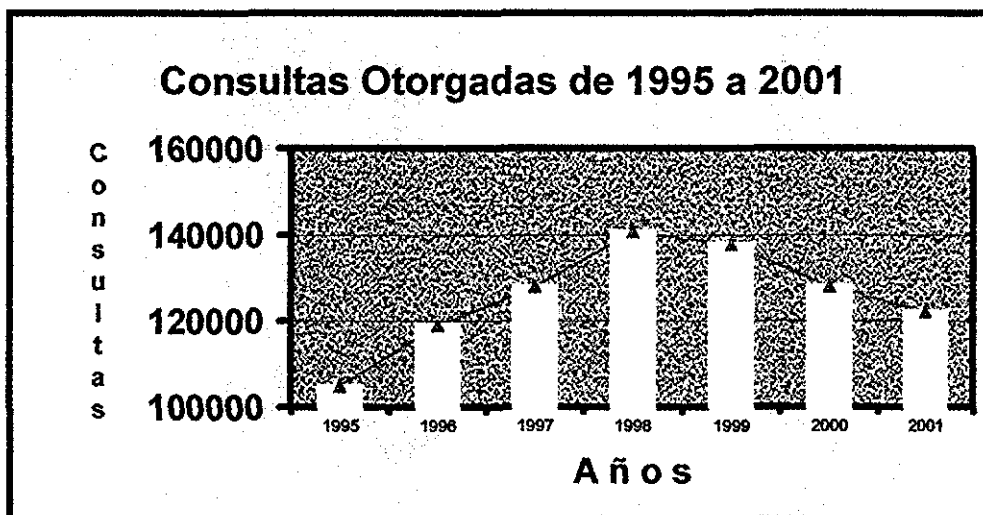
6.3.5.3. La Planeación a Partir del Pasado

El supuesto es que los factores que han influido en las series históricas continuarán existiendo y no se alterarán en el futuro. Nos basamos en series temporales de parámetros de desempeño para valorar la necesidad de la planeación estratégica, en este caso se emplea el número de consultas como unidad de medida.

Variable	Indicador	Unidad de Medida
Consulta	Consulta	Número de consultas por año

Gráfica de los Valores Históricos para el Indicador Seleccionado

Años	Consultas otorgadas
1995	104,827
1996	119,008
1997	127,888
1998	140,681
1999	137,788
2000	127,963
2001	122,099



Implicaciones del Futuro Proyectado:

A futuro se observa un decremento de la consulta

Estrategias Asociadas

- Capacitación
- Contratación de personal

6.3.6. Planeación a Partir del Futuro

En la planeación estratégica reactivista todo el trabajo de proyección para la elaboración de los pronósticos se encuentra centrado en el análisis del comportamiento regular y repetitivo de una sola variable durante un largo periodo histórico

Prospectiva

La prospectiva no busca adivinar el futuro, sino que pretende construirlo, siempre asumiendo que el comportamiento futuro de la variable seleccionada será similar a su comportamiento histórico

Análisis del Entorno Social de México

Escenarios

La situación que se espera en México para los próximos años es la de un menor desempleo al recuperarse fuentes de trabajo Subirá el precio del dólar y se devaluará el peso. También habrá un aumento de las importaciones por la apertura de los mercados. lo cual hará que se vea inundado el comercio de productos de todas partes del mundo.

Disminuirá la inflación y habrá mayor producción nacional

Cada vez habrá mayor desintegración familiar por pérdida de valores y el aumento de las mujeres en el mercado de trabajo También las familias se harán menos numerosas por el control de la natalidad

Se espera un aumento de las expectativas de vida, con el consiguiente aumento de la población de ancianos y cambios en el perfil epidemiológico de las enfermedades.

Se ampliará la cobertura en los servicios del sector salud haciendo que toda la población tenga acceso a ellos

Aumentará la brecha entre pobres y ricos

Mayor contaminación ambiental.

Mayor nivel de estudios para la población

Tendencia a mayor tecnología

6.3.6.1. Futuro Posible

La evaluación de su viabilidad deberá confirmar que se cuenta con los recursos necesarios y suficientes para llevarlo a buen término, como resultado de éste estudio se espera:

- 1 Privatización del sector salud, ya que al incrementarse los costos de atención por el aumento en las expectativas de vida y el cambio en el perfil epidemiológico el costo de la atención será más elevado y se necesitarán más recursos humanos, materiales y financieros
- 2 Asociación con aseguradoras para poder dar atención a mayor población y contar con los recursos financieros para ello
- 3 Atención únicamente a enfermedades agudas al no poder cubrir el costo de enfermedades crónico degenerativas y así también poder ampliar la cobertura a toda la población

6.3.6.2. Futuros Posibles y Probables

Dentro del estudio del futuro se identifica el futuro deseable, que es la expresión de un estado de cosas que se ambicionan porque reflejan nuestras aspiraciones y valores, y el futuro probable que son los acontecimientos que pueden suceder

Situación Futura Deseada

Futuro Posible	Probabilidad (0-1) Se considera la probabilidad de ocurrencia del evento	Competitividad (0 – 10) Considerando el impacto en la permanencia y el crecimiento de la organización	Valor Ponderado
1. Asociación estratégica con una aseguradora	.8	7	5.6
2. Privatización del Sector Salud	.5	8	4.0
3. Atención a enfermedades agudas únicamente	.8	4	3.2

Visión

La visión describe cómo se desea que sea la organización en el futuro. El horizonte temporal de ésta es de acuerdo con el entorno y a ella misma. La misión, la visión y los valores compartidos son los elementos que establecen un lazo común de compromiso y pertenencia en todos los participantes.

En la Clínica Hospital Churubusco

Aspiramos ser:

- Una clínica enfocada a la salud de los derechohabientes
- Con una atención de alta calidad
- A través de un seguro de gastos médicos mayores para derechohabientes
- Con normas y procesos de calidad.
- Con tecnología de punta
- Certificada por organismos nacionales e internacionales
- Su factor humano comprometido con la calidad de la atención y con la organización

6.3.6.3. Brecha Existente

Es la diferencia que existe entre el futuro inercial y el deseado. El futuro inercial son las situaciones futuras probables pero no deseadas, también llamadas futuros fatalistas.

Situación Futura Deseada

Aspiramos ser una clínica enfocada a la salud de los derechohabientes con una atención de alta calidad, a través de un seguro de gastos médicos mayores para derechohabientes, con normas y procesos de calidad, con tecnología de punta, certificada por organismos nacionales e internacionales, con su factor humano comprometido con la calidad de la atención y con la organización.

Futuro Inercial

Disminución de la consulta por la falta de presupuesto para recursos humanos financieros y materiales.

Diferencia entre el Ser y el Deber Ser

- 1 Falta de capacidad económica de los derechohabientes
- 2 Falta de conocimiento acerca de la realidad financiera del ISSSTE

6.3.6.4. Estrategias para Disminuir la Brecha Identificada

Estrategia	Descripción
Mercadotecnia social	Implementación de campañas publicitarias en radio y televisión, concientizando a la población.
Alianzas estratégicas con aseguradoras	Asegurar los recursos económicos, financieros, humanos y materiales para la adecuada atención al paciente derechohabiente.

6.3.6.5. Sistema Integral de Estrategias de la Organización

Con Base en el Pasado de la Organización	
Estrategia	Descripción
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 	Facilitar la asistencia a cursos motivacionales y de actualización.
<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de personal 	Revisando plantillas de personal.

Con Base en el Presente de la Organización (FODA)	
Estrategia	Descripción
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo tecnológico para lograr competitividad 	Obtener los recursos financieros necesarios para la compra de equipo.
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la capacitación del personal para alcanzar la excelencia en la atención médica 	Impartiendo cursos motivacionales y de actualización médica.

Con Base al Futuro de la Organización (situación futura deseada)	
Estrategia	Descripción
<ul style="list-style-type: none"> • Mercadotecnia social 	Implementación de campañas publicitarias en radio y televisión concientizando a la población.
<ul style="list-style-type: none"> • Alianzas estratégicas con aseguradoras 	Asegurar los recursos económicos y financieros para la atención adecuada al paciente derechohabiente.

6.3.6.6. Análisis Estructural del Sistema Estratégico

En éste análisis primero se identifican y definen las estrategias (elementos) para, posteriormente, cuantificar las relaciones sistema - elemento y elemento – sistema.

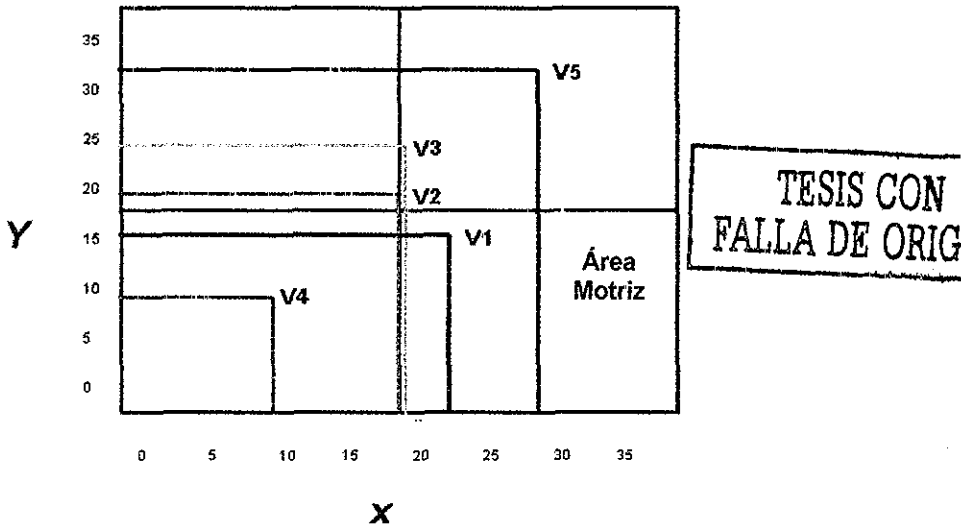
Estrategia	Descripción
V1 Capacitación	Cursos de actualización profesional y cursos motivacionales encaminados al desarrollo de habilidades y conocimientos del personal.
V2 Contratación de personal	Desarrollo de perfiles que vayan de acuerdo a la organización.
V3 Desarrollo tecnológico	Desarrollo de productos y procesos innovadores.
V4 Mercadotecnia Social	Desarrollo e implementación de campañas publicitarias concientizando a la población.
V5 Alianzas estratégicas con aseguradoras	Establecer políticas y procedimientos para lograr la alianza que beneficie a los derechohabientes.

6.3.6.7. Matriz de Impacto Cruzado para Análisis Estructural del Sistema

La cuantificación se lleva a cabo en un arreglo matricial, en el que se vierten las calificaciones que el equipo responsable de la planeación estratégica en la organización otorga a las relaciones que existen entre elemento y sistema. La evaluación se aplica de acuerdo a la influencia que tenga sobre el sistema. La sumatoria de cada una de las columnas y renglones permite establecer la relación estructural por elemento.

	V1	V2	V3	V4	V5	\sum SN
V1	X	1	9	0	5	15
V2	9	X	1	0	9	19
V3	9	9	X	0	5	23
V4	0	0	0	X	9	9
V5	5	9	9	9	X	32
\sum V/S	23	19	19	9	28	

Gráfica de la Relación Existente de las Variables en y con el Sistema



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

6.3.6.8. Determinación de Área Motriz

La sumatorias obtenidas en el arreglo matricial ayudan a ubicar la relación estructural entre los elementos, pues cada uno de éstos se encuentra identificado por dos valores diferentes; uno indica la influencia que el elemento tiene sobre el sistema y el otro la influencia que el sistema ejerce sobre el mismo elemento. Al graficar en un espacio cartesiano nos indica de manera gráfica las posibles áreas de influencia en el sistema.

El área motriz es el área de baja influencia por parte del sistema hacia los elementos, pero de alta influencia del elemento hacia el sistema. Las estrategias localizadas en ésta área presentan un fuerte impacto en la organización y son las que de manera preferencial se implementan.

Estrategias	Descripción	Objetivo
VI Capacitación	Cursos de actualización profesional y cursos motivacionales dirigidos al desarrollo de habilidades y conocimientos del personal y compromiso con la institución.	El objetivo de los cursos de capacitación es lograr alta competitividad a través del desarrollo de habilidades.

Conclusiones

Después de realizar el diagnóstico en el presente de la Clínica Hospital Churubusco del ISSSTE, se encontró que los problemas que más la afectan son la falta de capacitación y de compromiso de los trabajadores con la institución, así como el recorte en el presupuesto, lo que ocasiona que no se cuente con los suficientes recursos materiales y humanos indispensables para proporcionar una adecuada atención al derechohabiente

Se presentan las estrategias básicas que se deben desarrollar e implementar por la dirección de la Clínica, procurando además, que la expresión sencilla permita su fácil entendimiento para todos los usuarios internos y externos

Es urgente reconocer frente al cambio que hoy se vive, la importancia en la oportunidad de la atención médica y la eficiencia de nuestros servicios administrativos y médicos. No debemos dejar de comprender que la atención a la salud es un servicio vulnerable y que frente a una salud quebrantada no existe una garantía absoluta de satisfacción; sin embargo, frente a tradicionales y nuevos problemas de diferente naturaleza, las instituciones deben de reforzar sus acciones para garantizar un mejor acceso a servicios de la mejor calidad posible, a través de mecanismos más eficientes de producción.

Los sistemas de atención a la salud dentro de la seguridad social no son ajenos a los cambios del entorno, por el contrario, son sensibles y dependientes de los mismos, por lo que deben llevar a nuestras instituciones a la revisión constante de sus programas.

Posterior al análisis de la situación actual, pasada y futuro probable, en caso de que no se implementen las estrategias adecuadas para llevar a la organización a un futuro deseado, podemos concluir que la Clínica tendrá en el futuro, un decremento de consulta con baja productividad y eficiencia

Este documento servirá de base para realizar los cambios indispensables para el buen funcionamiento de la unidad

Recomendaciones a Desarrollar se Acuerdo al Estudio Presentado

- 1 Capacitación a todos los niveles, para lograr mayor productividad, calidad en la atención y compromiso de los trabajadores con y para la institución
- 2 Motivación al personal a través de un programa de estímulos a la productividad
- 3 Incremento en recursos humanos, materiales y financieros para brindar una atención oportuna con eficiencia y efectividad
- 4 Eficientar los recursos disponibles, evitando el desperdicio.

Se piensa que las estrategias propuestas son aplicables a la organización y el ISSSTE como un prestador de servicios de salud debe actualizar su forma de gestión para brindar servicios de salud eficientes, eficaces y oportunos para asegurar su permanencia

De acuerdo al estudio realizado se sugiere implementar las estrategias propuestas para la Clínica Hospital Churubusco, ya que de no ser así, se pone en riesgo su existencia ante las constantes quejas de los derechohabientes por las deficiencias en el otorgamiento de la atención médica y administrativa

Bibliografía

Libros

- ACLE TOMASINI**, Alfredo, *Planeación Estratégica y Control Total de Calidad, Un caso real hecho en México* Editorial Grijalbo. México, D. F. 1990, 293 p.
- AGUIRRE GAS**, Héctor, *Calidad de la Atención Médica*, Serie Estudios 2, Conferencia Interamericana de Seguridad Social CISS, México, D. F. 1993, 101p
- BARQUIN CALDERON**, Manuel, *Socio medicina*. México: Méndez Editores, 1994, (4ta. Edición), 826 p.
- CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL CISS**. *La Seguridad Social en México*. Serie Monografías 4 México, D. F. 1993, 205 p
- FAJARDO ORTIZ**, Guillermo, *Atención Médica: Teoría y prácticas administrativas*, La prensa médica mexicana, 1983, 776 p
- GARCÍA CRUZ**, Miguel, *El Seguro Social en México, Desarrollo, Situación y Modificaciones en sus primeros 25 años de Acción*, SNTSS 1968
- JURAN**, J. M., *Análisis y planeación de la calidad: del desarrollo del producto al uso*. México: McGraw Hill, 1995, 547 p
- MALAGÓN LONDOÑO**, Gustavo, Ricardo Galán Morera, Gabriel Pontón Laverde, *Administración hospitalaria*. Colombia: Médica panamericana, 1996, 560p.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO GINEBRA**, Principios de la Seguridad Social, Editor: C Solorio, 1ª Edición, México, 2001.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL**. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000* México, D. F.
- ROJAS SORIANO**, Raúl, *Crisis Salud Enfermedad y Práctica Médica*, Editorial Plaza y Valdés 1ª. Edición 1990, 203 p.
- RUEZGA BARBA**, Antonio, *Enfoque Sistémico de la Administración de la Seguridad Social Latinoamericana* Serie Estudios 1 México, D. F. 1993, 103 p.
- RUIZ GÓMEZ**, Raúl, *El ISSSTE y la Seguridad Social en México*, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México, D. F. 1994, 101 p
- SOBERÓN** Fernando Solís y **VILLAGÓMEZ** F. Alejandro, *La Seguridad Social en México*, CIDE, CONSAR, CFE 1999

Normas y Leyes

INSTITUTO MEXICANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN, "Administración de la calidad y aseguramiento de la calidad", Norma Mexicana: NMX-CC-001, México: Asociación Mexicana de Calidad, el Instituto Mexicano de Normalización y Certificación y el Comité Técnico Nacional de Normalización de Sistemas de calidad, 1995, 23 p

INSTITUTO MEXICANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN, "Administración de la calidad y elementos del sistema de calidad Parte 2: Directrices para servicios", Norma Mexicana: NMX-CC-006, México: Asociación Mexicana de Calidad, el Instituto Mexicano de Normalización de Sistemas de Calidad, 1995, 23p

SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA Y DE RELACIONES LABORALES, *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. 5ª Edición, 2000. 177p

Tesis

CORZO GONZÁLEZ, Ileana, *La Ingeniería Biomédica Incorporada a los Departamentos de Mantenimiento como Factor de Evaluación de la Calidad de los Servicios*, Tesis de grado, Facultad de Contaduría y Administración, UNAM, México, 2001, 146p

ESCAREÑO CEDILLO, Blanca Delia, *Proyección Internacional de la Seguridad Social*, Tesis de grado, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1976

Artículos de Revistas

VALDÉS, Hernández, Luis A., "El sistema tecnológico de las organizaciones y su administración", *Contaduría y Administración*, Núm 191, octubre /diciembre 1998, México: FCA-UNAM, PP 35-50

Glosario

Ambulatorio	Describe a todo paciente que no se encuentra confinado en la cama, capaz de andar o deambular o a cualquier servicio de salud para personas no hospitalizadas
Amenazas	Es el peligro que existe en el medio, que en algún momento puede resultar perjudicial en el impacto y logro de los objetivos de la organización, institución o centro de trabajo y que pueda afectarla independientemente de su buen desempeño al interior
Administración	Conjunto de técnicas y estrategias realizadas intencionalmente para lograr la planeación, la organización, dirigir y evaluar el trabajo en base a establecimiento de metas y a la evaluación de su cumplimiento.
Calidad	Cualidad de un bien, servicio o información que cumple con las expectativas de quien lo recibe
Calidad total	Tendencia administrativa que dirige todos los esfuerzos a la satisfacción absoluta de los clientes para quienes se realiza un trabajo
Control de calidad	Acciones de detección y eliminación de errores que perjudiquen el resultado obtenido con los productos, servicios o información ofrecidos
Debilidades	Son las carencias de cualquiera de los elementos que integran a la organización, institución o centro de trabajo
Diagnóstico externo	Es el resultado del análisis del entorno de la organización. Implica el establecimiento de categorías para la revisión de los enlaces y componentes que afectan la organización, institución o centro de trabajo.

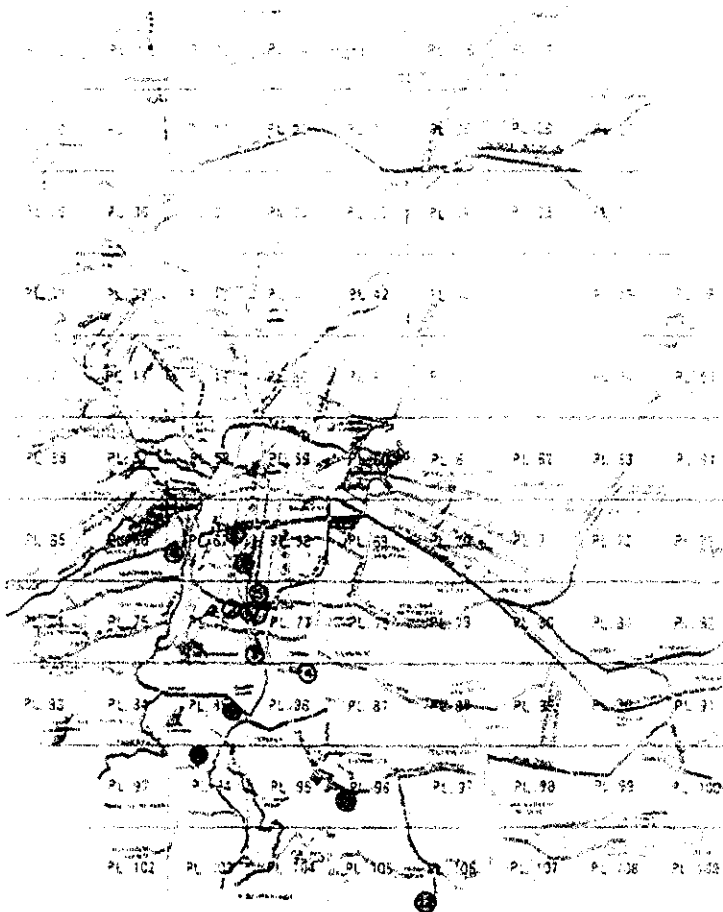
Diagnóstico Interno	Es el resultado del análisis al interior de la organización. Implica el establecimiento de categorías para la revisión de los aspectos involucrados en cada organización, institución o centro de trabajo.
Eficacia	Nivel de cumplimiento de los objetivos de trabajo.
Eficiencia	Nivel de utilización de los recursos empleados en el trabajo.
Efectividad	Nivel de cumplimiento de objetivos según la utilización de los recursos. Es la suma de la eficacia más la eficiencia.
Escenarios futuros	Es la descripción de las condiciones que se visualizan y que pueden afectar la permanencia y / o desarrollo de la organización, institución o centro de trabajo.
Estrategia	Es el medio para lograr el cumplimiento de la misión de la organización.
Estructura organizacional	Es la descripción de los niveles jerárquicos, los órganos, dependencia, líneas de mando y tipo de organización que adopta una institución o centro de trabajo en un momento dado.
Fortalezas	Son las capacidades y potencialidades de la organización, institución o centro de trabajo, expresados en recursos financieros, tecnológicos, físicos y el factor humano.
Indicador	Es un parámetro que mide eficiencia, eficacia, calidad y efectividad en las organizaciones. Su construcción requiere evaluación cuantitativa de los factores que se analizan.
Organización	Modelo mediante el cual se regulan las relaciones entre los elementos de un grupo, para el logro de un fin común y la integración a un ambiente. El término organización se emplea también para designar a entidades organizadas, tales como: una empresa, un ente de la administración pública o una asociación.

Oportunidades	Favorecen el desempeño exterior de la organización, institución o centro de trabajo, independientemente de su desempeño al interior de la propia organización.
Plan	Es la culminación de los esfuerzos por integrar y darle coherencia a cada programa con relación a los objetivos y metas
Plan estratégico	Documento elaborado para una organización, institución o centro de trabajo que será el hilo conductor para llevarla al cumplimiento de su misión Es una transición ordenada entre la posición actual y la que se desea a futuro
Políticas	Filosofía y criterios con los cuales se van a realizar las actividades
Procedimiento	Especificación de la secuencia de pasos necesarios para la realización de las tareas de un grupo de trabajo
Productividad	Es la relación de los resultados obtenidos con la realización de un trabajo y los recursos utilizados en el mismo.
Programa	Es el escalón inmediato superior a los proyectos en la planeación del desarrollo y se encarga de conjuntarlos y darles coherencia con relación a uno o varios objetivos.
Proyecto	Unidad mínima del plan, compuesto por un conjunto de actividades coherentes con los objetivos y metas asignados al programa vigente.
Transición demográfica	Cambio histórico de la estructura demográfica que se produce a medida que disminuyen las tasas de fecundidad y de mortalidad, y que consiste en un aumento de la proporción de ancianos en comparación con los jóvenes.
Transición epidemiológica	Es el cambio en la estructura de la morbilidad y mortalidad, donde hay una disminución de las enfermedades infecciosas por una parte e incremento de las enfermedades no transmisibles, los accidentes y las lesiones por la otra.

Anexo 1

Ubicación

ZONA DE ATENCION DE LA CLINICA DE ESPECIALIDADES CON CECIS
CHURUBUSCO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 2

Delimitación Territorial

CLINICA DE ESPECIALIDADES CON CECIS

CHURUBUSCO

DELIMITACION TERRITORIAL EN LA ATENCION DE
LA DERECHOHABIENCIA

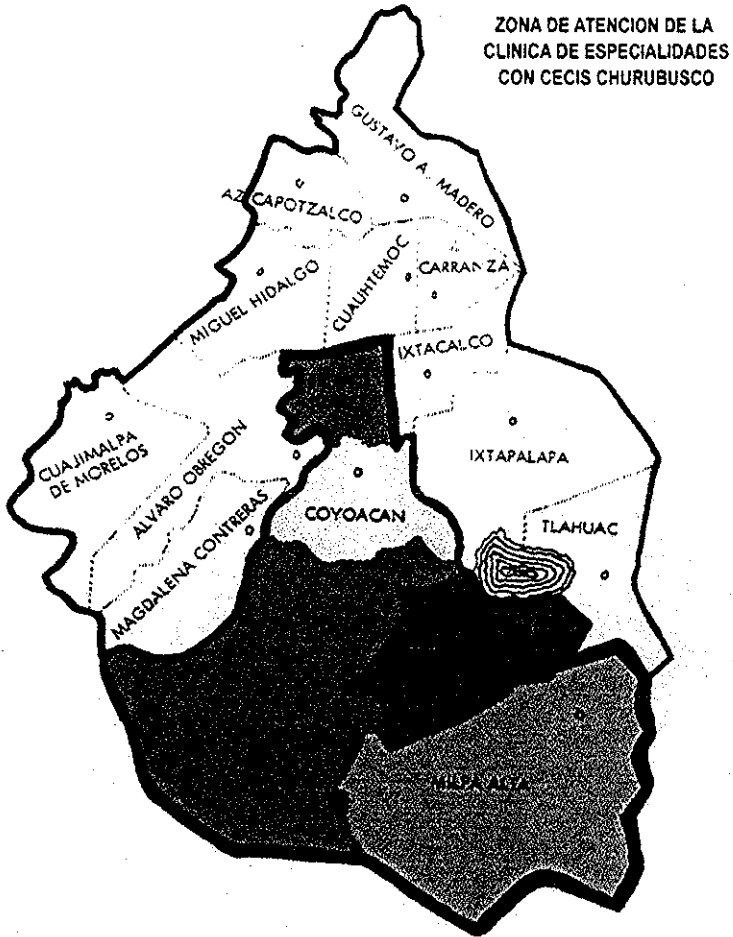
<u>CLINICA</u>	<u>DELEGACION</u>	<u>POBLACION AMPARADA</u>	
CLINICA DE ESP. CHURUBUSCO	COYOACAN	114 251	100
CMF COYOACAN			
CMF DIVISION DEL NORTE			
CMF DR. IGNACIO CHAVEZ			
CMF ERMITA			
CMF DEL VALLE	BENITO JUAREZ	259 134	20
CMF NARVARTE			
CMF REVOLUCION			
CMF TLALPAN	TLALPAN	91 755	8
CMF FUENTES BROTANTES			
CMF XOCHIMILCO	XOCHIMILCO	132 978	14
CMF MILPA ALTA	MILPA ALTA	52 161	5
			100

INFORME ANUAL 1999 DELEGACION REGIONAL ZONA SUR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 3

Zona de Atención



90

ESTADO DE GUERRERO
FALTA DE ORIGEN