

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
DOCTORADO EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES**



**TESIS:**

**LA RELACIÓN ENTRE LA LÓGICA MÉDICA Y LA LÓGICA ADMINISTRATIVA  
Y SUS EFECTOS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES.  
ESTUDIO DE CASO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SEGUNDO NIVEL  
EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; MÉXICO.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**DOCTOR EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES**

**PRESENTA:**

**JOSÉ ROBERTO TREJO LONGORIA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. MANUEL DE JESÚS MOGUEL LIEVANO**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; diciembre de 2006.

## CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	6
<b>Capítulo I. Administración, Organizaciones y Estudios Organizacionales.</b>	9
1. Teoría de la administración, de la organización y Estudios organizacionales.	9
1.1. Evolución de la teoría de la administración.	9
1.1.1 Escuela clásica.	10
1.1.2 Escuela de las relaciones humanas.	15
1.1.3 Escuela estructuralista o burocrática.	17
1.1.4 Escuela cuantitativa.	19
1.1.5 Enfoque de sistemas.	21
1.1.6 Enfoque de contingencias.	23
1.1.7 Enfoque de calidad.	24
1.2. Un acercamiento a la teoría de la organización.	25
1.3. Hacia los Estudios Organizacionales.	33
2. El enfoque de la calidad en las organizaciones.	35
2.1. La calidad en las organizaciones.	35
2.2. La calidad en organizaciones hospitalarias.	54
2.3. La calidad en organizaciones hospitalarias en México.	58
<b>Capítulo II. La atención de la salud en Chiapas.</b>	67
1. El contexto geosociodemográfico.	67
2. Antecedentes y referencias de los servicios de salud en Chiapas.	70
3. Situación de la salud en Chiapas.	73
4. Evolución y situación actual del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.	86
4.1. Evolución del Hospital General Regional.	86
4.2. Conceptos y definiciones relativas al objeto de estudio.	90
4.3. Características del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.	96
4.4. La atención a la salud en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.	106

5. El proceso para la acreditación del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, para el mejoramiento de la calidad.	110
6. Elementos de la lógica médica y de la lógica administrativa en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, considerando a la calidad como factor de enlace.	120
6.1 Valores.	121
6.2 Comportamiento.	127
6.3 Comunicación.	137
6.4 Normatividad.	146
6.5 Profesión (Médica y Administrativa).	151
<b>Capítulo III. Fundamentación metodológica.</b>	161
1. Metodología de la investigación.	161
1.1 Ciencia, métodos e investigación.	161
1.2 Principios de la investigación social cualitativa.	168
1.3 Conceptos básicos de la investigación científica.	172
2. Instrumentación metodológica.	175
2.1 Preguntas de investigación.	176
2.2 Explicitación de supuestos.	176
2.3 Identificación de variables.	177
3. Diseño de instrumentos de recolección de datos.	183
4. Determinación de la muestra.	187
<b>Capítulo IV. Estudio de caso en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.</b>	189
1. Metodología aplicada.	189
2. Análisis de los conceptos y temas de estudio.	198
2.1. Servicios médicos y áreas de especialidad.	198
2.1.1. Valores.	199
2.1.2. Comportamiento.	205
2.1.3. Comunicación.	214
2.1.4. Normatividad.	215
2.1.5. Profesión.	217
3. Efectos del análisis de los temas de estudio en la calidad del HGR.	219
3.1. La calidad en la atención médica en el HGR desde la	

perspectiva de su propio personal.	220
3.2. La calidad en la atención médica en el HGR desde la perspectiva de los pacientes.	224
4. Conceptos encontrados durante la investigación empírica en el HGR, relacionados con los supuestos establecidos.	228
<b>Capítulo V. Conclusiones.</b>	230
Bibliografía	239
Anexo 1.	246
Anexo 2.	279
Índice de cuadros, figuras y gráficas.	286

## **Agradecimientos**

La presente obra está dedicada a mis padres Miguel Trejo Guzmán y Rita Longoria Salazar, a quienes agradezco infinitamente haberme dado la vida e inculcarme los más nobles valores que han orientado mi andar durante mi existencia; mis especiales agradecimientos a mi esposa Violeta y a mi hija Rita Paola, el amor, la comprensión y el invaluable apoyo de ambas, me impulsaron para sacar adelante mis estudios doctorales que concluyeron con la elaboración y la correspondiente aprobación de la presente tesis; mis más sinceros agradecimientos a todos los profesores investigadores en diferentes campos de estudio que generosamente compartieron conmigo sus conocimientos, experiencias, ideas, sugerencias y orientaciones teóricas y metodológicas que propiciaron el enriquecimiento de esta investigación, a todos ellos mi reconocimiento: Dr. Luís Montaña Hirose, Dr. Antonio Barba Álvarez, Dr. Guillermo Ramírez Martínez, Dr. Adolfo Mir Araujo, Dr. Juan Roque Flores y Dr. Manuel de Jesús Moguel Liévano.

## **Introducción.**

El presente estudio se refiere a la relación entre la lógica médica y la lógica administrativa y sus efectos en la calidad de la atención médica a los pacientes. Nuestro esfuerzo se dirige a revisar la teoría existente en esta materia y sobre los temas de estudio que se deriven, para que a partir de estos trabajos, se desarrolle un conjunto de perspectivas y supuestos teóricos que permita establecer la plataforma para que sobre la base de la investigación científica se lleve a cabo este estudio.

Los motivos que impulsaron su realización, tuvieron como origen la duda fundada en: ¿Cuáles son los factores que influyen en una relación de distintas profesiones, en una organización?, ¿Cómo es la relación entre profesionistas de formación académica diferente, al realizar sus funciones en una organización?, ¿Cómo perciben los practicantes de una profesión, la relación formal que resulta del desempeño de sus labores cotidianas en una organización, con practicantes de profesión distinta?

Posteriormente el autor se planteó interrogantes como: ¿Cuáles serían los resultados de la investigación?, ¿Los resultados podrían ser considerados dentro de los Estudios Organizacionales? De ser así ¿cuáles serían las aportaciones del autor a los Estudios Organizacionales?

Conforme se fue avanzando en cuestionamientos relativos al tema, a la forma de realizar la investigación y a los posibles resultados, se tuvo un acercamiento a la definición formal del objeto de estudio, a la pertinencia dentro de los Estudios Organizacionales, y a la viabilidad de la investigación.

Sobre el tema de estudio se puede exponer que en todo tipo de organizaciones, grandes, medianas, y pequeñas, cualquiera que sea su giro e independientemente de sus propósitos, siempre ha existido una relación entre la práctica administrativa y la práctica de las funciones propias de los profesionales que corresponden al giro de la

organización. Esto se puede comprender al reflexionar que la administración no existe para administrarse así misma, sino para contribuir en la eficiencia y eficacia de otros.

En relación con la medicina, se considera que es la profesión más humana y la más cultural de las profesiones. Aspectos que la hacen atractiva para ser considerada en el campo de los Estudios Organizacionales, puesto que estos, también tienen una orientación humana.

Derivado de lo expuesto, y del interés del autor por conocer el interior de organizaciones de atención a la salud; se tomo la decisión realizar la investigación en un hospital.

Dentro de la teoría y estudios existentes, relacionados con la profesión médica y la profesión administrativa, que tenga pertinencia con la lógica médica y la lógica administrativa, se observo que es escasa. Por lo que la investigación se enfocó desde la perspectiva de la forma de pensar y actuar de los practicantes de estas profesiones.

Para abordar el desarrollo de la tesis, se diseñó la investigación en cinco capítulos, contruidos por diversos apartados y secciones, de la forma siguiente.

El capítulo I, se refiere a la *Administración, Organizaciones y Estudios Organizacionales*, como marco general del área de estudio interdisciplinar; en este capítulo se incluyen aspectos relativos a las diversas escuelas y enfoques que ha tenido la teoría administrativa; un acercamiento a la teoría de la organización; un panorama de los estudios organizacionales; y un enfoque de la calidad en las organizaciones.

El capítulo II, *La atención de la salud en Chiapas*, comprende temas relacionados con el contexto geosociodemográfico; antecedentes y referencias de los servicios de salud en Chiapas; situación de la salud en Chiapas; evolución y situación actual del Hospital General Regional; el proceso para la acreditación del Hospital General Regional; y elementos de la lógica médica y la lógica administrativa.

El capítulo III, está dedicado a la *Fundamentación metodológica*, en la cual se hace referencia a la metodología de la investigación; instrumentación metodológica; diseño de instrumentos de recolección de datos; y determinación de la muestra.

En el capítulo IV, *Estudio de caso en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*, incluye la metodología aplicada; análisis de los conceptos y temas de estudio; efectos del análisis de los temas de estudio en la calidad del HGR; y conceptos encontrados durante la investigación empírica en el HGR, relacionados con los supuestos establecidos.

Por último, en el capítulo V, *Conclusiones*, se presenta de manera sintetizada la forma como se llegó al tema del presente estudio, y se plantean las conclusiones clasificándolas en teóricas, metodológicas del estudio de caso, y de la investigación cualitativa.

## **CAPITULO I. ADMINISTRACIÓN, ORGANIZACIONES Y ESTUDIOS ORGANIZACIONALES.**

### **1. Teoría de la administración, de la organización y Estudios organizacionales.**

#### ***1.1. Evolución de la teoría de la administración.***

La administración ha sido una actividad social que ha crecido continuamente tanto en dimensión como en importancia, la administración ha tenido su desarrollo en la sociedad en general y en las organizaciones en particular, sin distingo de tamaño ni de actividad económica o social. Las organizaciones pueden ser lucrativas o asistenciales, grandes consorcios o microempresas, fabricantes de productos o promotoras de servicios, pero todas ellas tienen la necesidad de la administración; sin la administración, no es posible que una organización logre los fines para los que fue creada.

La administración posee su propio cuerpo de conocimientos, sus métodos para enriquecer ese contenido y sus propósitos. La teoría de la administración está compuesta por una serie de conocimientos aplicables en las organizaciones y se apoya en otras disciplinas, entre ellas la psicología, la sociología, la antropología, el derecho, las matemáticas y la economía.

La teoría de la administración tiene como función brindar un medio para la clasificación de conocimientos administrativos significativos y pertinentes y coadyuva a decidir lo que hay que hacer para actuar mejor como administradores. Sin la teoría de la administración, los administradores únicamente tendrían la intuición, las corazonadas y la esperanza, que son de limitada utilidad en las organizaciones cada vez más complejas.

En la literatura administrativa existen referencias históricas en donde se manifiesta que la administración ha existido desde las primeras civilizaciones, ejemplo

de ello son los egipcios con sus monumentales construcciones erigidas 4000 años a.C.<sup>1</sup>, no fue sino hasta el movimiento de la administración científica, cuando se desarrolló el cuerpo sistemático de conocimientos de la administración.

Numerosas y muy diferentes contribuciones de autores y especialistas han dado como resultado diferentes enfoques de la administración, los cuales han originado el surgimiento de diversas teorías de la administración.

Dado que no hay una teoría de la administración universalmente aceptada, se abordan las escuelas y los enfoques más conocidos de la administración: La escuela clásica, la escuela de las relaciones humanas, la escuela estructuralista y la escuela cuantitativa. Además se incluyen los enfoques de sistemas, contingencias y de calidad, que tratan de integrar las diversas teorías. Aunque prácticamente las escuelas y los enfoques surgieron en sucesión cronológica, los nuevos conocimientos no han sustituido a los antiguos, en buena medida la fusión de conocimientos a sido actitud de los teóricos más recientes, quienes han integrado los conocimientos acumulados.

### **1.1.1 Escuela clásica.**

Según los teóricos de la administración, esta escuela esta formada por la administración científica y por la teoría clásica de la administración.

#### **Administración científica.**

El principal exponente de la administración científica fue Frederick W. Taylor, su teoría la describe en su obra Principios de administración científica escrita en 1911. Taylor considera que el objetivo principal de la administración es asegurar la máxima

---

<sup>1</sup> Khandwalla, P. (1977) *The Design of Organizatios*, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., USA. Citado por Chiavenato, I. (1989) Introducción a la teoría general de la administración. Mc Graw Hill. México. p. 21.

prosperidad para el patrón, junto con la máxima prosperidad para cada uno de los empleados.<sup>2</sup>

Según Taylor las palabras máxima prosperidad están empleadas en su sentido más amplio, para dar a entender no solo grandes dividendos para los patrones, sino también el desarrollo de todas las ramas de la empresa hasta su estado más elevado, de manera que la prosperidad pueda ser general y permanente.

De igual manera, máxima prosperidad para cada uno de los empleados significa no solo salarios mas elevados que los que ordinariamente reciben los trabajadores de acuerdo a sus funciones, sino que, lo que aún tiene mayor importancia, significa también la formación de cada trabajador hasta llegar al estado de su máxima eficiencia, de manera que, hablando en términos generales, sea capaz de hacer la calidad más elevada del trabajo para el lo hace apto su capacidad natural.

Taylor criticó a los administradores de su época por seguir un enfoque arbitrario respecto a sus responsabilidades, y a los trabajadores los criticaba por mostrar muy poca voluntad respecto a las normas de trabajo. Hizo hincapié en recomendar que la administración se convirtiera en una ciencia, la cual habría de sustentarse en principios fijos, claramente definidos y bien reconocidos, en lugar de actuar basándose en ideas más o menos claras.

La esencia de la administración científica la constituyen los cuatro principios propuestos por Taylor,<sup>3</sup> que son:

El primero, el desarrollo con una ciencia con reglas rígidas para cada movimiento de cada uno de los trabajadores, y el perfeccionamiento y la estandarización de todos los instrumentos y condiciones de trabajo.

---

<sup>2</sup> Taylor, F. (1998) *Principios de la administración científica*, Herrero. Hnos. México. p.17.

<sup>3</sup> Ídem, Pp. 76 y 77.

El segundo, la selección cuidadosa y el subsiguiente adiestramiento de los trabajadores hasta convertirlos en trabajadores de primera, y la eliminación de todos los que se niegan o que sean incapaces de adoptar los mejores métodos de trabajo.

El tercero, la ayuda y la vigilancia constante por parte de la dirección y el pago a cada trabajador de una generosa bonificación diaria por trabajar aprisa y por hacer lo que se le diga que haga.

Y el cuarto, una división casi por igual del trabajo y de la responsabilidad entre el trabajador y la dirección. Durante toda la jornada la dirección debe trabajar casi codo con codo con los trabajadores, ayudándolos, alentándolos y despejándoles el camino.

Aunque el modelo de Taylor resulto polémico, estimulo el pensamiento y el interés por las organizaciones formales y dejó un conjunto de nuevas ideas para promover la eficiencia y la eficacia organizacional.

Para Taylor y sus seguidores el instrumento básico para racionalizar el trabajo de los obreros fue el *estudio de tiempos y movimientos*. Comprobó que el trabajo puede ser ejecutado mejor y más económicamente mediante el *análisis del trabajo*.

Dentro de los seguidores más significativos de Taylor están los esposos Frank y Lillian Gilbreth y Henry Gantt. Los Gilbreth realizaron estudios profundos en el campo de los estudios de fatiga y movimiento, Lillian se concentró además en las formas de promover el bienestar de los trabajadores; para ella la administración científica tenía un fin supremo que consistía en ayudar a los trabajadores a alcanzar su pleno potencial como seres humanos. Por su parte Gantt realizó estudios sobre los hábitos dentro de la industria y creó un sistema de gráficas -Gráficas de Gantt- para el programa de producción.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Stoner, J. y Wankel, C. (1989) *Administración*, Prentice – Hall Hispanoamericana, S.A. México. p. 36.

### ***Teoría clásica de la administración.***

Aunque la administración científica señaló el camino para una organización más eficiente, su hincapié dejó muchas preguntas sin respuesta para los altos niveles de la administración. Varios teóricos administrativos abordaron esos problemas del proceso administrativo general y del diseño organizacional a comienzos del siglo XX. Lo más importantes fueron Fayol, Mooney y Reiley, y Gulick y Urick.<sup>5</sup> El francés, Henri Fayol, suele ser considerado como el padre de la teoría clásica de la administración.

Hay diversos elementos comunes en la teoría administrativa clásica. Primero, al igual que Taylor, los teóricos clásicos se interesaban por el proceso de la cooperación eficiente. Segundo, desarrollaron principios y funciones de administración como la espina dorsal de su teoría de las organizaciones. Tercero, consideraron universales a estos principios y funciones, en el sentido de que su aplicabilidad no era afectada por la naturaleza específica o por la misión de cualquier organización. Por último, tuvieron cuidado en distinguir entre la teoría o ciencia de las organizaciones y el arte o técnica de su aplicación.

En el desarrollo de esta área, el trabajo de Fayol fue el más amplio y el que ha tenido el mayor impacto. Se basó en sus propias experiencias como gerente y trató de desarrollar una teoría total coherente. Lo primero que hizo Fayol fue dividir las operaciones de la organización en seis funciones, las cuales están íntimamente interrelacionadas. Estas funciones son: Operaciones técnicas (producción, fabricación, transformación); operaciones comerciales (compras, ventas, cambios); operaciones financieras (búsqueda y gerencia de los capitales); operaciones de seguridad (protección de los bienes y de las personas); operaciones de contabilidad (inventario,

---

<sup>5</sup> Brown, W.B. y Moberg, D. J., (1983) *Teoría de la organización y la administración*. Limusa, S.A., México. p. 665.

balance, precio de costo, estadística, etc.); operaciones administrativas (previsión, organización, dirección, coordinación y control).<sup>6</sup>

El interés de Fayol se centró en esta última actividad pues, a su juicio, las destrezas administrativas habían sido el aspecto más descuidado de las operaciones de la empresa. Definió la administración a partir de cinco funciones: Planeación, organización, dirección, coordinación y control.

Fayol eligió con cuidado la designación *principios de la administración* en lugar de los términos reglas o leyes:

“Emplearé con preferencia la palabra *principios*, despojándola de toda idea de rigidez. No hay nada rígido ni absoluto en materia administrativa; todo es en ella cuestión de *medida*. No hay que aplicar casi nunca dos veces el mismo principio en condiciones idénticas: es preciso tener en cuenta circunstancias diversas y cambiantes, hombres igualmente diversos y cambiantes y muchos otros elementos variables.

Por eso los principios son flexibles y susceptibles de adaptarse a todas las necesidades. Se trata de saber utilizarlos. Es un arte difícil que exige inteligencia, experiencia, decisión y medida”.<sup>7</sup>

Fayol enunció los 14 principios de la administración que “con mayor frecuencia hubo de aplicar”.<sup>8</sup>

- 1º La división del trabajo;
- 2º La autoridad;
- 3º La disciplina;
- 4º La unidad de mando;

---

<sup>6</sup> Fayol, H. (1998) *Administración Industrial y General*. Herrero Hermanos, Suc., S.A., México. p. 129.

<sup>7</sup> Ídem. p. 151.

<sup>8</sup> Ídem. p. 152.

- 5º La unidad de dirección;
- 6º La subordinación de los intereses particulares al interés general;
- 7º La remuneración;
- 8º La centralización;
- 9º La jerarquía;
- 10º El orden;
- 11º La equidad;
- 12º La estabilidad del personal;
- 13º La iniciativa;
- 14º La unión del personal.

El trabajo pionero de Fayol, y las contribuciones relacionadas de otros autores, proporcionaron una base para el pensamiento administrativo que rige en la actualidad.

### ***1.1.2 Escuela de las relaciones humanas.***

El tercer periodo importante dentro del desarrollo de la teoría de la administración enfatizó las relaciones humanas dentro de las organizaciones. Empezando alrededor del año 1930 el periodo de las relaciones humanas se extendió hasta casi el año 1950.

En gran parte, el periodo de las relaciones humanas representó una reacción ante los aspectos deshumanizantes de la administración científica. El concepto que se tenía del trabajador evolucionó de una insensible unidad humana no identificada dentro de una línea de ensamble, a una persona con emociones y valor.

Tal vez las aportaciones más importantes que se hicieron a la teoría de la administración durante el periodo de las relaciones humanas provinieron de los experimentos realizados en la planta de Hawthorne de la Western Electric Company. Estos experimentos se han llegado a reconocer con el nombre de “experimentos Hawthorne”. Dichos experimentos revelaron que una organización era algo más que

una estructura formal o arreglo de funciones. Mayo señaló: “Una organización es un sistema social, un sistema de jerarquías, de sistemas informales, ritos y una mezcla de comportamientos lógicos, no lógicos e ilógicos”.<sup>9</sup>

Algunas de las aportaciones de Elton Mayo a la administración son:

- La empresa es una entidad social, formada por múltiples grupos informales o espontáneos.
- El interés de las personas en su trabajo no se limita a un vínculo económico, sino a relaciones sociales, donde están presentes las necesidades de reconocimiento y motivación.
- Mientras que la administración científica sostenía que la productividad estaba en función de las condiciones de remuneración y de los métodos de trabajo, Elton Mayo demostró que son los factores sociales y psicológicos los más importantes para la productividad del trabajo.
- La alta o baja productividad es función de la presión y cohesión del grupo de trabajo. El grupo de trabajo informal es una unidad de vital importancia porque influye en las actitudes hacia el trabajo y, por lo tanto, en la productividad.
- El ser humano es un ser social, por lo cual la productividad no es un problema de métodos, sino del espíritu de colaboración, de un clima de confianza y de la interacción humana constructiva.

Mayo y los teóricos de las relaciones humanas introdujeron el concepto de “hombre social”, motivado por el deseo de establecer relaciones con los demás. Algunos estudiosos de la conducta, entre ellos Argyris, Maslow y McGregor, sostuvieron

---

<sup>9</sup> Citado en Hicks H. y Gullett C. (1987) *Administración*. CECSA. México. p. 624.

que el concepto de “hombre que se autorrealiza” explicaba de manera más exacta la motivación del hombre.<sup>10</sup>

Los expertos en las relaciones humanas hicieron enormes aportaciones al conocimiento de la motivación individual, comportamiento de grupo, relaciones interpersonales en el trabajo y la importancia que tiene el trabajo para el ser humano. Sus hallazgos han hecho que los gerentes sean mucho más sensibles y refinados en su trato con los subordinados.

Los estudiosos siguen ofreciendo nuevos discernimientos en áreas como el liderazgo, resolución de conflictos, la adquisición y uso del poder, el cambio organizacional y la comunicación.

### **1.1.3 Escuela estructuralista o burocrática.**

Max Weber, es el autor más estrechamente asociado con la administración burocrática (la cual debe su nombre al hecho de que Weber sustentó su obra en el estudio de la burocracia gubernamental de Alemania). Aunque Weber fue uno de los primeros teóricos en ocuparse de los problemas de las organizaciones, no se le reconoció ampliamente hasta que su obra fue traducida al inglés en 1947.

Weber entendió la burocracia como la racionalización de la actividad colectiva. Éste es un concepto similar al que explica lo que es una organización debidamente estructurada.

Weber utiliza, poder, autoridad y dominio como sinónimos y los define como la posibilidad de imponer la voluntad de una persona sobre el comportamiento de otras.

El modelo de Weber de las organizaciones es normativo. Consideraba que la organización burocrática era:

---

<sup>10</sup> Stoner, J. y Wankel, C. Op. cit., p.47.

“... el medio conocido más racional de llevar a cabo un control imperativo sobre los seres humanos... El patrón global de la vida cotidiana está cortado para que se ajuste a esta estructura. La administración burocrática es, si todo permanece constante, siempre un punto de vista formal y técnico, el tipo más racional. Es completamente indispensable para las necesidades actuales de la administración de masas. La elección sólo es entre burocracia o diletantismo en el campo de la administración”.<sup>11</sup>

Fundamentalmente, el modelo de Weber se componía de los elementos siguientes:

1. Administración racional del personal. A los empleados de una organización se les contrata por su competencia para desempeñar los requisitos de una posición.

2. Autoridad racional legal. El derecho para ejercer la autoridad y la influencia se basa en la posición; se debe obediencia a la orden impersonal legalmente establecida.

3. Estructura de la organización. La organización está altamente estructurada por una jerarquía de autoridad.

4. Sistemas de reglas. En las burocracias se utilizan sistemas elaborados de reglas y procedimientos.

5. Impersonalidad de los procesos organizacionales. Las relaciones interpersonales se llevan a cabo a través de la estructura. La corriente interactiva es la corriente organizacional.

6. Mantenimiento del personal. La remuneración se da en una base salarial fija. La organización sostiene un concepto de carrera.

7. Mantenimiento de registros. Se mantienen registros completos de todas las reglas, estándares y resultados para asegurar la continuidad y la uniformidad.

---

<sup>11</sup> Brown, W. y Moberg, D. Op. cit., p. 672.

La administración burocrática ofrece un plano preliminar de la manera en la que debería operar una organización. Prescribe siete características: Un sistema formal de reglas, impersonalidad, división del trabajo, estructura jerárquica, una detallada estructura de autoridad, compromiso profesional para toda la vida y racionalidad. Juntas, estas características representan un método formal, un tanto rígido de administración.<sup>12</sup>

Los beneficios que se esperan de la administración burocrática son la eficiencia y la consistencia. Una burocracia funciona mejor cuando es preciso realizar muchas tareas rutinarias. De este modo, los empleados de nivel inferior pueden resolver el grueso de su trabajo con sólo seguir reglas y procedimientos. Los frutos de su trabajo deberían ser de alta calidad estándar producidos en la cantidad necesario para cumplir las metas organizacionales.

#### **1.1.4 Escuela cuantitativa.**

La escuela cuantitativa, también conocida como investigación de operaciones o la ciencia de la administración; evolucionó del desarrollo de las soluciones matemáticas y estadísticas de problemas militares. Durante la Segunda Guerra Mundial, los militares británicos y estadounidenses emplearon equipos de matemáticos, físicos y estadísticos para desarrollar métodos que sirvieran para solucionar complejos problemas logísticos.

Terminada la Segunda Guerra Mundial, los científicos encargados de resolver los problemas de logística y operaciones ocuparon posiciones directivas y de asesoría en diversas compañías en donde aplicaron su experiencia con el propósito de buscar mayor objetividad y control en la toma de decisiones.

Las matemáticas y la estadística han aportado muchas herramientas analíticas; la tecnología de computación ha facilitado la utilización de métodos cuantitativos

---

<sup>12</sup> Hellriegel, D., y Slocum, J. (1998) *Administración*. Internacional Thomson, México. p. 47.

complejos. Aunque la escuela cuantitativa es más bien un cúmulo incoherente de aspectos y enfoques, existen conceptos clave que permiten distinguir el campo:<sup>13</sup>

1. Hincapié en el método científico.
2. Enfoque sistemático para la solución de problemas.
3. Construcción de modelos matemáticos.
4. Cuantificación y utilización de procedimientos matemáticos y estadísticos.
5. Interés por los aspectos técnico-económicos más que por los psicosociales.
6. Uso de las computadoras electrónicas como herramientas.
7. Hincapié en el enfoque sistemático global.
8. Búsqueda de las decisiones óptimas en base a suposiciones de un sistema cerrado.
9. Orientación hacia modelos normativos más que a los descriptivos.

Los métodos cuantitativos de la administración incluyen la aplicación de la estadística, de los modelos de optimización y las simulaciones por computadora. La programación lineal es útil para mejorar las opciones de la distribución de recursos. La programación del trabajo puede realizarse de manera más eficiente como resultado del análisis de la ruta crítica de la programación. Las decisiones sobre el nivel de inventario óptimo se han visto significativamente influidas por el modelo de la cantidad económica del pedido. En general, los enfoques cuantitativos han contribuido más directamente que todos los enfoques analizados para la toma de decisiones, particularmente en las decisiones de planeación y control.<sup>14</sup>

La orientación cuantitativa aportó a los negocios un valor agregado: la objetividad. La percepción subjetiva, la intuición o las corazonadas, tuvieron que dar

---

<sup>13</sup> Kast, F.E. y Rosenzweig, J. (1979) *Administración en las organizaciones. Un enfoque de sistemas*. Mc. Graw Hill. México., p. 95.

<sup>14</sup> Robbins, S. P., (1998) *La administración en el mundo de hoy*. Prentice Hall, México, p. 554.

paso a fórmulas matemáticas, que si bien no pudieron reducir todos los fenómenos a ecuaciones, consiguieron dar imparcialidad y objetividad a las decisiones organizacionales.

### **1.1.5 Enfoque de sistemas.**

La teoría administrativa tradicional utiliza un enfoque que se basa en un sistema cerrado muy bien estructurado. En contraste, la teoría moderna se ha orientado hacia el enfoque de sistema abierto.

“Las cualidades distintivas de la teoría organizacional moderna constituyen su base analítica conceptual, su confianza en los datos de investigación empírica, y sobre todo, su naturaleza sintetizadora e integradora. Estas cualidades están enmarcadas por una filosofía que acepta la premisa de que el sistema es la única manera significativa de estudiar a las organizaciones”.<sup>15</sup>

Chester Barnard fue uno de los primeros escritores de administración en utilizar el enfoque de sistemas.<sup>16</sup> Herbert Simon y sus colegas vieron a las organizaciones como sistemas complejos del proceso de toma de decisión. Simon ha buscado en diversos campos nuevos conocimientos disciplinarios que se puedan integrar a sus teorías de la organización. Sin embargo, el denominador común tanto en sus investigaciones como en sus escritos, ha sido la utilización del enfoque de sistemas.

“El término sistemas se usa cada vez más con relación a métodos de análisis científico que se adoptan particularmente para explicar aspectos complejos”.<sup>17</sup>

Este teórico no sólo destaca este método para su enfoque sobre el comportamiento de las organizaciones, sino que también realza su importancia en la administración.

---

<sup>15</sup> Scott, W. y Mitchell T. (1972) *Organization Theory*, ed. Rev., Richard D. Irwin, Inc., Homewood, III. p.55.

<sup>16</sup> Citado en Kast, F. y Rosenzweig J. Op. cit., p. 113.

<sup>17</sup> Citado en Kast. F. y Rosenzweig J. Op. Cit., p. 113.

Otros escritores de la teoría de la administración han abogado por el enfoque de sistemas. Churchman fue uno de los primeros en destacar este punto de vista.

“El alcance de la investigación de operaciones es un ejemplo de componentes funcionales relacionados. Por tanto, una organización empresarial es un sistema social o un sistema hombre-máquina”.<sup>18</sup>

Aunque el enfoque de sistemas ha sido adoptado y utilizado por la ciencia administrativa, los modelos empleados en general son cerrados, en el sentido de que consideran únicamente ciertas variables y excluyen aquellas que no es posible cuantificar.

Philip Selznick utiliza el análisis funcional estructural y el enfoque de sistemas en sus estudios de las organizaciones. El líder institucional se interesa por la adaptación de la organización a sus sistemas externos. La organización es un sistema dinámico, que cambia constantemente y se adapta a las presiones internas y externas, es decir, se encuentra en un proceso continuo de evolución. La organización es un sistema formal influido por una estructura social interna sujeta a las presiones del medio institucional.

“Los sistemas cooperativos están constituidos por individuos que interactúan como un todo en relación con un sistema formal de coordinación. Por tanto, la estructura concreta es la resultante de la influencia recíproca de los aspectos formales e informales de la organización. Además, esta estructura es en sí misma una totalidad, un organismo “Adaptativo” que reacciona a las influencias del medio externo”.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Churchman, C., Ackoff R. y Arnoff. E. (1957) *Introduction to Operations Research*, John Wiley & Sons, Inc., Nueva York, p. 7.

<sup>19</sup> Selznick, P. (1948) *Foundations of the Theory of Organization*, American Sociological Review, febrero. P.p. 25-35.

Selznick emplea este marco de referencia de sistemas para investigación empírica en dependencias gubernamentales y otras organizaciones complejas.

El punto de vista moderno trata a las organizaciones como un sistema de partes dependientes y variables, que son parte del sistema total de la sociedad. La teoría de la administración moderna y la teoría general de sistemas están estrechamente relacionadas. Muchos conceptos de sistemas tomados de otros campos de la investigación como la Física, Biología, y sistemas sociales son significativos para el estudio de las organizaciones.

### ***1.1.6 Enfoque de contingencias.***

El enfoque de contingencias también llamado enfoque situacional, fue creado a mediados de la década de 1960 por administradores, consultores e investigadores, quienes trataron de aplicar los conceptos de las grandes escuelas a situaciones reales. Con frecuencia comprobaron que los métodos que daban excelentes resultados en una situación fracasaban en otras.

La teoría de la contingencia reconoce que toda organización es diferente de las demás y que existe dentro de un entorno muy particular. De acuerdo con la teoría de la contingencia, una administración efectiva habrá de variar con la organización y con su entorno. La teoría de contingencia intenta analizar y comprender estas interrelaciones con miras a tomar las medidas administrativas específicas necesarias para afrontar el problema. Este enfoque es tanto analítico como situacional con el fin de encontrar una respuesta práctica al problema que se tenga. El lema de la teoría de contingencia es “todo depende”, ya que la “mejor” solución será la que más corresponda a la situación específica que se esté tratando.

Ya que las organizaciones son diversas en tamaño, objetivos, tipo de gente empleada, tareas, etc., sería sorprendente encontrar principios que funcionaran en

todas las situaciones. Porque una cosa es decir, “*todo depende*”, y otra cosa es decir de “*qué*” depende. Los defensores de la perspectiva de la contingencia han estado trabajando para identificar estas “*qué*” variables. Algunas de las más populares variables incluyen el tamaño de la organización, el grado de rutina del trabajo, el grado de incertidumbre en el ambiente de la organización y las diferencias individuales entre los empleados como son niveles de destreza, tolerancia a la ambigüedad, la necesidad de crecimiento o el deseo de autonomía.<sup>20</sup>

### **1.1.7 Enfoque de calidad.**

El enfoque de la administración de la calidad también llamada “administración de calidad total” se ha convertido en un elemento decisivo del competitivo mercado global. Deming y Juran fueron los precursores del movimiento de la administración de la calidad. Otras importantes contribuciones a esta corriente fueron realizadas por Philip B. Crosby. Cada uno de estos tres gurús de la calidad definen a ésta en forma ligeramente distinta. Para Deming calidad significa ofrecer a los clientes productos o servicios confiables y satisfactorios a bajo costo. Para Juran lo importante es que el producto o servicio sea adecuado para su uso. Para Crosby la calidad es el cumplimiento de los requerimientos de calidad de cada compañía. Para resolver el problema de la calidad, Deming querría que sociedad y compañías se comprometieran con la calidad. En forma semejante, Juran alude a la importancia del sistema organizacional orientado al cliente y a la calidad. Crosby enfatiza la necesidad de una cultura organizacional comprometida con la calidad y recalca la relevancia de cero defectos.

Algunos de los conceptos propuestos por éstos y otros autores son la necesidad de determinar el costo de la mala calidad, la mejora continua, la atención a los detalles, el trabajo en equipo para eliminar barreras departamentales, la educación en la calidad

---

<sup>20</sup> Robbins, S., Op. cit., p. 555.

y el liderazgo en mejoras de calidad por todos los no administradores y administradores de todos los niveles de la organización, aunque especialmente por los de alto nivel.

En el punto 2 de este Capítulo, se explica más detalladamente en que ha consistido la calidad en las organizaciones y cuales han sido las aportaciones de los diversos estudiosos de la materia, a las organizaciones.

## **1.2. Un acercamiento a la teoría de la organización.**

Las organizaciones son tan importantes y necesarias que las personas difícilmente podrían vivir al margen de ellas.

Las organizaciones están presentes en la vida del ser humano y de alguna manera la moldean. Es comprensible que las organizaciones existen porque siempre hay una estrecha relación con ellas. Los individuos nacen en una organización llamada hospital, clínica o sanatorio; obtienen su acta de nacimiento y realizan una serie de trámites durante su vida, en organizaciones gubernamentales; son educados en organizaciones educativas; consumen alimentos que son producidos por organizaciones (granjas, fábricas, asociaciones, etc.); pasan la tercera parte del día laboral en una organización, y cuando les llega el día de su fallecimiento, procede una organización funeraria<sup>21</sup>.

Las organizaciones surgen a partir del hecho de que la persona carece de capacidad para cubrir todas sus necesidades por si misma, en consecuencia tiene que basarse en los demás para satisfacer sus propias necesidades; cuando varios individuos coordinan sus capacidades, terminan llegando a la conclusión de que juntos pueden lograr más que aisladamente.

---

<sup>21</sup> Aldrich, H. (1979) *Organizations and Environments*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice- Hall, p.3.

La sociedad es la extensa organización que hace posible que a través de la coordinación de las capacidades de muchos, todos sus miembros satisfagan sus necesidades. El concepto esencial explícito o implícito en la definición de organización es, entonces, el de coordinación.

Las definiciones proporcionan una referencia para visualizar el tema que va a abordarse, por lo que es oportuno incluir aquí algunas definiciones de “organización” dadas por escritores clásicos. Desde luego, estas ni otras definiciones alcanzan a revelar todo lo que es interesante y significativo en las organizaciones.

Max Weber considera a la organización como un círculo de personas habituadas a obedecer las ordenes de dirigentes y poseedoras de un interés personal en la continuación del dominio, en virtud de su propia participación y los resultados benéficos, dividido entre ellas al ejercicio de aquellas funciones que servirán prontamente a su ejercicio.<sup>22</sup>

Chester Barnard afirma que una organización formal es un sistema de actividades o fuerzas coordinadas consistentemente de dos o más personas.<sup>23</sup>

Cohen, March y Olsen establecen que una organización es un conjunto de opciones en espera de problemas, sucesos y percepciones que a su vez buscan situaciones decisorias en las que puedan manifestarse; soluciones en busca de problemas para los que podrían ser la respuesta, y ejecutivos en busca de tareas.<sup>24</sup>

Richard H. Hall asevera que una organización “es una colectividad con una frontera relativamente identificable, un orden normativo, niveles de autoridad, sistemas de comunicaciones y sistemas de coordinación de membresías; esta colectividad existe

---

<sup>22</sup> Weber, M. (1978) *Economía y sociedad*, Vol. 2, Guenther Roth y Claus Wittich (comps.), University of California Press, Berkeley, Calif., p.952.

<sup>23</sup> Barnard, C. (1938) *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge, p. 73.

<sup>24</sup> Cohen, M., March J. y Olsen, J. (1972) *A Garbage Can Model of Organizational Choice*, Administrative Science Quarterly, 17,1, p. 2.

de manera continua en un ambiente y se involucra en actividades que se relacionan por lo general con un conjunto de metas; las actividades tienen resultados para los miembros de la organización, la organización misma y la sociedad”.<sup>25</sup>

Los elementos fundamentales de una organización no son un edificio, mobiliario y aspectos materiales, o un conjunto de normatividades. Las organizaciones están formadas por personas y las relaciones que tienen unas con otras. Una organización existe cuando las personas interactúan para desempeñar funciones esenciales que la ayude a alcanzar objetivos.

#### *Desarrollo de la teoría de la organización.*

La teoría de la organización ofrece elementos de valoración y conocimiento respecto de lo que sucede en las organizaciones. Observa y analiza las organizaciones con más precisión y profundidad, que de otra forma se pueda hacer; la forma de reflexionar sobre las organizaciones se basa en esquemas y regularidades del comportamiento organizacional.

La teoría de la organización se ha desarrollado a partir del estudio sistemático de las organizaciones, los conceptos se obtienen de organizaciones reales y en su praxis, ayuda a comprender, diagnosticar y reaccionar ante necesidades y adversidades que se presentan en las organizaciones.

El devenir histórico de la teoría de la organización tiene varios enfoques que intentan explicar el fenómeno desde una perspectiva propia, procurando razonablemente establecer la identificación, periodicidad y la continuidad o ruptura de cada etapa de su desarrollo histórico; puesto que resultaría prácticamente imposible encontrar en estado puro los fenómenos y precisar con certeza las fechas en que se

---

<sup>25</sup> Hall, R. (1996) *Organizaciones, estructuras, procesos y resultados*, Prentice Hall Hispanoamericana, S. A., México, p. 33.

manifestaron los movimientos organizacionales que conforman la teoría de la organización.

Desde una perspectiva de enfoque organizacional Ibarra y Montaña, consideran que los planteamientos teóricos más representativos de la teoría de la organización son las relaciones humanas, la burocracia, el comportamiento, la contingencia y las nuevas relaciones humanas.<sup>26</sup> Afirman que las relaciones humanas constituyen en realidad el verdadero principio del proyecto organizacional aunque éste no podría ser entendido al margen de los acontecimientos anteriores. Consideran que los planteamientos tayloristas de la administración científica incluyen una visión sencilla del comportamiento humano en las empresas.

Frederick Taylor pionero de la administración científica, se dedicó a realizar investigaciones sobre los trabajadores; afirmó que las decisiones sobre la organización y el diseño del trabajo deben basarse en procedimientos precisos, científicos, después de un estudio cuidadoso de las situaciones individuales. Henry Fayol estudió el nivel gerencial y propuso los principios generales de la administración,<sup>27</sup> que se enfocan más en la organización total y se desarrollan con los aportes de los prácticos de la disciplina. De los catorce principios de administración son ejemplo “cada subordinado recibe órdenes sólo de un superior” (unidad de mando) y “las actividades similares en una organización deben agruparse bajo un solo gerente” (unidad de dirección). La administración científica y los principios de administración son enfoques de sistemas cerrados, que no anticipan el ambiente incierto y los rápidos cambios que enfrentan las organizaciones de hoy.

---

<sup>26</sup> Ibarra, E. y Montaña, L. (comps.) (1990) *Teoría de la organización: fundamentos y controversias*, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México, p. xii.

<sup>27</sup> Taylor, F. y Fayol, H. (1998) *Principios de administración científica, administración industrial y general*, Herrero Hermanos, Sucs., S.A. México, p.152.

Después de la teoría clásica de la administración, surge la escuela de las relaciones humanas. Elton Mayo con sus estudios de los trabajadores industriales en los talleres de la *Western Electric Company en Hawthorne de Chicago*; observó que el sentido de participación y la sensación de ser miembro de un equipo, son fuerzas motrices más fuertes que el interés económico personal, el alumbrado, los periodos de descanso e influencias materiales similares. Así, hizo evidente la necesidad de comprender las motivaciones humanas y las reacciones de grupo, para lograr que las cosas se realicen a través de las personas, y llegó a la conclusión que el tratamiento positivo de los empleados incrementaba la motivación y la productividad, y estableció las bases para trabajos posteriores sobre comportamiento organizacional.<sup>28</sup>

El trabajo de los sociólogos sobre la burocracia, comenzó con Weber que consideró que la capacidad de una organización para funcionar con eficiencia depende de su estructura de autoridad. Una autoridad adecuada ofrece a los directivos el control que necesitan para que funcione la forma burocrática de organización. Weber identificó tres tipos de autoridad que explican la creación y el control de una organización.<sup>29</sup> La autoridad racional – legal, que es la base de la creación y el control de la mayor parte de las organizaciones gubernamentales, y es la base de control más común de las organizaciones en todo el mundo; la autoridad tradicional, es la creencia en las tradiciones y en la legitimidad del status de la gente que ejerce la autoridad en estas tradiciones. Es la base del control de monarquías, iglesias y algunas otras organizaciones; y la autoridad carismática que se basa en la devoción al carácter ejemplar o al heroísmo de un individuo y al orden que éste define.

---

<sup>28</sup> Merrill, H. (comp.) (1975) *Clásicos en administración*, Limusa, México, p. 350.

<sup>29</sup> Weber, M. (1947) *The Theory of Social and Economic Organizations*, Free Press, Nueva York, Pp. 328-340.

Actualmente en las organizaciones puede existir más de un tipo de autoridad, pero la autoridad racional – legal es la forma más usada para regular las actividades de trabajo y la toma de decisiones en el interior de las organizaciones, en particular en las grandes organizaciones.

El movimiento del comportamiento esta constituido por las ciencias de la conducta, las cuales destacan el sistema psicológico y los aspectos humanos, y los modelos matemáticos.

Un aspecto importante de este movimiento es el proceso decisorio. Todo individuo es un agente que decide basándose en la información que percibe de su ambiente, procesándola de acuerdo con sus convicciones y asumiendo actitudes y opiniones en todas las circunstancias. En este sentido, la organización es vista como un sistema de decisiones donde todos se comportan racionalmente apenas en relación a un conjunto de informaciones que consiguen obtener respecto de su ambiente. Para que las personas tomen decisiones consecuentes con las de la organización, ésta se vale de una serie de actitudes para orientar las decisiones.

La contingencia es un movimiento que busca identificar los factores que orienten acciones a seguir de acuerdo con las características de la situación, en lugar de buscar principios universales que se apliquen a cualquier situación como lo hacen los enfoques de principios administrativos y de burocracia, que tratan de diseñar a todas las organizaciones de la misma forma. En un estudio Burns y Stalker hicieron un análisis de varias empresas industriales en Inglaterra y llegaron a la conclusión de que un sistema es adecuado cuando éste depende de la naturaleza del ambiente.<sup>30</sup>

También en Inglaterra, Joan Woodward y un grupo de investigadores, analizaron la relación entre el sistema administrativo y la tecnología de un grupo de empresas.

---

<sup>30</sup> Burns, T., y Stalker, G. (1961) *The management of Innovation*, Tavistock Publications, Londres, p. 125.

Observaron que un sistema flexible parecería ser el más apropiado para organizaciones con un sistema de producción por lotes pequeños, mientras que el sistema clásico mecánico era más adecuado cuando se utilizaba la tecnología de producción en masa.<sup>31</sup>

Los autores en el movimiento de las Nuevas Relaciones Humanas se interesan en cuestiones empíricas sobre la relación de las estrategias participativas y el enriquecimiento laboral con la efectividad organizacional; privilegiando un sólido compromiso normativo con el proyecto de crecimiento y desarrollo individual.

Una de sus características centrales de esta teoría es la búsqueda de la flexibilidad estructural a fin de adaptar ésta a los nuevos requisitos de la producción. La producción tradicional en masa cede poco a poco su lugar a la producción denominada *justo a tiempo*; las estructuras organizativas no corresponden ya a las viejas y pesadas concepciones del taylorismo y el fayolismo; la separación tajante entre concepción y ejecución es cuestionada en la búsqueda de mejores formas de organización.

El interés en el estudio del fenómeno organizacional se ha concretado plenamente en Francia y promete iniciar un camino más decidido en América Latina. Francia siempre ha permanecido muy cerca a la Teoría de la Organización, aunque en las últimas tres décadas ha predominado la Sociología del Trabajo, sin embargo a finales de la década de los setenta se genera una aproximación organizacional crítica, el movimiento del Psicoanálisis de las Organizaciones representado por M. Pagés.

En América Latina la Teoría de la Organización empieza a ser abordada por el Estado, que considera a las políticas públicas como un elemento organizacional. Éste movimiento intenta construir una teoría de alcance intermedio que establezca un puente de comunicación entre la sociedad y sus elementos organizacionales, entre lo general y

---

<sup>31</sup> Woodward, J. (1965) *Industrial Organization: Theory and Practice*, Oxford University Press, P.p. 64 – 65.

lo específico. En tal sentido, se entiende al Estado como instancia organizacional reguladora de conflictos y contradicciones a fin de asegurar la continuidad de la sociedad.<sup>32</sup>

Un enfoque reciente de la teoría de la organización recibe el nombre de *mesoteoría*, se refiere a la integración de los niveles de análisis micro y macro. Los individuos y grupos afectan a la organización; a su vez, la organización influye en ambos. Se tiene plena conciencia de la reciprocidad de varios niveles al mismo tiempo. Por ejemplo, la investigación muestra que la diversidad de los empleados eleva la innovación. Para facilitar la innovación, se toma en cuenta la forma en que la estructura y el contexto se relacionan con las interacciones entre diversos empleados para estimular la innovación, porque tanto las variables macro y micro tienen que ver con las innovaciones.<sup>33</sup>

Los teóricos sostienen un pensamiento con perspectivas o marcos de referencia distintos hacia la teoría de la organización. Un punto de vista de las teorías críticas es el enfoque marxista que empezó esencialmente como una crítica de los puntos de vista racionalistas dominantes. Los marxistas sostienen que las estructuras organizacionales no son sistemas racionales para llevar a cabo el trabajo. Más bien, son sistemas de poder diseñados para aumentar al máximo el control y las utilidades. Expresan que el trabajo se divide no para mejorar la eficiencia, sino para “reducir la especialización” de los trabajadores, desplazar la discrecionalidad de éstos a los gerentes y crear divisiones artificiales entre la clase trabajadora. Consideran que la jerarquía se establece como instrumento de control y medio de acumular capital a través de la apropiación del valor excedente y manifiestan que las reformas a las relaciones humanas están mal

---

<sup>32</sup> Ibarra, E. y Montaña, L. (comps.) (1990) Op. cit, pp. xxii – xxiii.

<sup>33</sup> House, R., Rousseau, D. y Thomas–Hunt, M. (1995) *The Meso Paradigm: A Framework for the Integration of Micro and Macro Organizational Behavior*, Research in Organizational Behavior, 17. P.p. 71 – 114.

orientadas porque no ponen en entredicho la naturaleza fundamentalmente explotadora de las organizaciones; afirman que incluso contribuyen a apuntalarla suponiendo una congruencia de metas.<sup>34</sup>

La teoría de la organización también ha sido criticada por su carácter funcionalista y positivista (visión objetiva del investigador, concepción del objeto de estudio como externo al investigador, racionalidad como base de la creación del conocimiento, mantenimiento del status quo, visión utilitarista, principalmente).<sup>35</sup>

El conjunto de críticas sobre la teoría de la organización ha abierto paso al desarrollo del estudio de las organizaciones, es decir, dicho estudio se ha desarrollado en gran parte a partir de la crítica a la visión funcionalista de la teoría de la organización. Tratando de proponer visiones, interpretaciones y explicaciones alternativas a las formuladas por la teoría de la organización, diversos investigadores han dado pie a una variedad y cantidad de perspectivas de estudios profundos y especializados, que han surgido alrededor de las organizaciones.

### **1.3. Hacia los Estudios Organizacionales.**

Los estudios organizacionales, coinciden en retomar sus inicios desde la administración científica. El origen de los estudios de las organizaciones, se sustenta en trabajos realizados por un grupo de estudiosos europeos, encabezada en un principio por sociólogos ingleses, esta corriente incorpora aspectos como la cultura nacional en su análisis. Retoma el poder, realizando una nueva lectura de Weber e intenta equilibrar la hegemonía estadounidense de la teoría de la organización.

---

<sup>34</sup> Scott, W. (1992) *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., p.115.

<sup>35</sup> Revista semestral (Jul. 2002) *Administración y organizaciones*. Universidad Autónoma Metropolitana. México. p. 26.

Este grupo es sensible a los planteamientos posmodernos y han establecido un intenso debate alrededor de la discusión paradigmática con la teoría de la organización. Mantienen escasa relación con la administración básicamente en el orden normativo, e incorporan algunos elementos provenientes de la sociología del trabajo y de las organizaciones.<sup>36</sup>

El interés en el estudio de las organizaciones se ha extendido a una amplia gama como: Universidades, pequeña empresa, hospitales, municipios, prisiones, organizaciones no gubernamentales, entre otras. El reconocimiento de la naturaleza y dinámica de estos espacios institucionales, deben ser observados en su escenario particular y no pretender realizar generalizaciones explicativas que limitan las posibilidades de reconocimiento de prácticas particulares.

El estudio de las organizaciones se caracteriza por presentar visiones diversas y ambiguas de la organización que anteponen lo local a lo general, la confrontación al consenso, la acción al determinismo, lo subjetivo a lo objetivo y la ambigüedad a la racionalidad. El Nuevo Institucionalismo, Ecología Organizacional, Ambigüedad Organizativa, Análisis Estratégico y Cultura en las Organizaciones, son algunos de los más relevantes temas para el estudio de las organizaciones.<sup>37</sup>

De esta forma se ha pasado de ver a la organización "...convencional e idealizadamente, como un espacio ordenado, armónico, monolítico, funcional, transparente, homogéneo y con fronteras bien definidas" (Montaño, 2001: 108), a verla "...como un espacio multidimensional, donde se cruzan lógicas de acción distintas – técnica, económica, política, emotiva, cultural, etcétera-, en la cual intervienen múltiples actores, con intereses propios que hacen del conflicto y el poder, ingredientes básicos

---

<sup>36</sup><http://www.ejournal.unam.mx/rca/213/RCA21304.pdf>. Consultada el 13 de mayo del 2006.

<sup>37</sup> Revista semestral, Op. cit., p. 27.

de su funcionamiento; construida sobre diversas estructuras y representando múltiples proyectos, difícilmente dissociables del resto de las demás construcciones sociales que conforman la vida cotidiana.” (Montaño, 2001: 108-109).

Lo que nos ha enseñado el estudio de las organizaciones hasta ahora es que no es la estructura, no es el ambiente, no es el comportamiento, no son los procesos, etcétera, sino la mezcla entre ellos lo que hace a la organización y tanto, lo que puede ayudar a definirla.

El avance del estudio de las organizaciones reside precisamente en el reconocimiento de las particularidades institucionales, culturales, etcétera, que delimitan y orientan la mirada analítica.

## **2. El enfoque de la calidad en las organizaciones.**

### **2.1. La calidad en las organizaciones.**

#### ***Una apreciación histórica de la calidad.***

De siglos atrás, inclusive desde antes de la era cristiana las personas dedicadas a la producción de bienes y servicios, tenían conciencia de la importancia de la calidad, así dan cuenta de ello la metrología, las especificaciones, la inspección y la supervisión; los modelos aplicados han utilizado herramientas como Histograma, lista de verificación, Diagrama de Pareto, Diagrama de dispersión, Diagrama de flujo, Gráfica de control, Gráfica de Gantt, Diagrama de causa – efecto, Árbol de decisiones, sistema PERT y métodos estadísticos.

A partir del siglo XX, se han desarrollado ideas y actividades que generan conceptos correspondientes a la calidad, estos reflejan la orientación que se le ha dado a la calidad. Dentro de los más relevantes están: Administración de la calidad, Control de calidad, Planeación de la calidad, Mejoramiento continuo de la calidad, Prevención

de defectos, Control estadístico de procesos, Ingeniería de confiabilidad, Análisis de costos de la calidad, Cero defectos, Control total de la calidad, Certificación del proveedor, Círculos de calidad, Auditoría de calidad, Aseguramiento de la calidad, Función de despliegue de la calidad, Comparación competitiva (Benchmarking) y Normas ISO. La aplicación de estos modelos de calidad, ha sido en las organizaciones y forman parte de la teoría y práctica de la administración. La calidad es uno de los derroteros de la administración.

Después de la segunda guerra mundial (1945), surgieron dos importantes corrientes que han tenido un profundo impacto en la calidad.

La primera es la revolución japonesa de la calidad. Los japoneses realizaron acciones con el objetivo de colocar sus productos en mercados internacionales, acciones que formaban parte de estrategias para revolucionar la calidad de sus productos, dentro de las estrategias más importante estaban.

- 1.- La alta dirección se hizo cargo personalmente de llevar a cabo los cambios.
- 2.- El personal de todos los niveles recibían preparación en las disciplinas de calidad.
- 3.- Los proyectos de mejoramiento de la calidad se activaron como un proceso continuo a un ritmo revolucionario.

La demanda sobre el producto, la preocupación sobre el medio ambiente, la presión de las organizaciones de consumidores y la conciencia de la importancia de la calidad en el comercio; convergieron en la segunda corriente que se basó en el realce que se le dio a la calidad del producto en la mente de los consumidores.

Estas dos importantes corrientes, combinadas con otras, generaron un escenario cambiante en las condiciones de los negocios que inciden en el parámetro de la calidad.

La concepción de la calidad, del modernismo al postmodernismo en las teorías de la administración y la organización.<sup>38</sup>

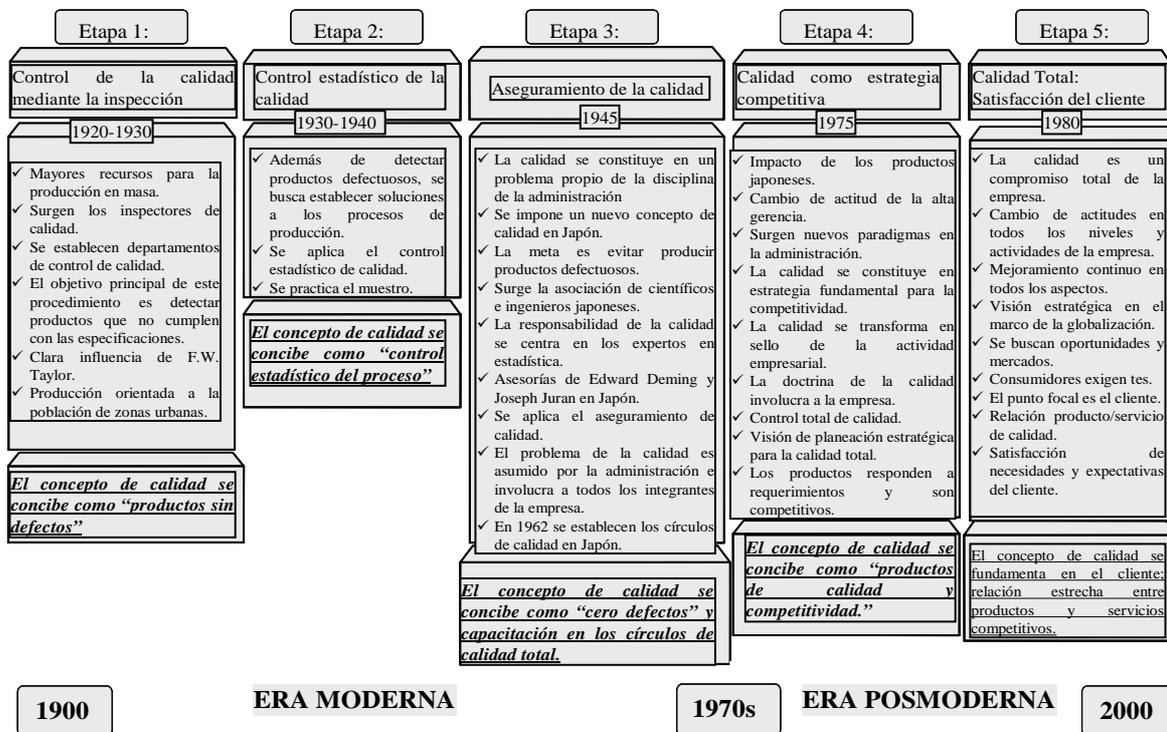


Figura 1. La concepción de la calidad, del modernismo al postmodernismo en las teorías de la administración y la organización.

*Modelos de calidad sobresalientes.*

Ha habido incontables personas que han hecho importantes contribuciones a la teoría y práctica de la administración de la calidad, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Philip B. Crosby, Armand V. Feigenbaum y Kaoru Ishikawa, destacan por ser considerados como "gurús de la administración" en la revolución de la calidad; sus ideas sobre la administración, medición y mejora de la calidad han tenido profundo impacto en múltiples empresas en todo el mundo.

<sup>38</sup> Barba Álvarez Antonio (2005). Modificado por el autor.

Ellos coinciden en que la calidad es un camino hacia el interior, no hacia el exterior de las personas; en consecuencia, consideran que lo más importante son las personas, sus experiencias, sus reflexiones, sus inquietudes y sus convicciones acerca de la necesidad de mejorar.

El término calidad se utiliza para hacer válidos, en el terreno del trabajo y del comercio, los valores esenciales esperados en una transacción entre dos entes honestos. La complejidad del mundo actual exige métodos y técnicas que permitan el aseguramiento del valor esperado por cada consumidor.

#### *Definiciones de calidad.*

La calidad ha sido variablemente definida, en buena medida se debe a que la calidad se define en función de la persona que la define; las personas visualizan la calidad con diferentes criterios.

El significado de calidad ha evolucionado conforme la disciplina calidad se ha desarrollado hasta llegar al crecimiento que hoy tiene. Los estudiosos de la calidad aún no coinciden en una definición, por lo que se consideran las definiciones de los estudiosos más notables en el campo de la calidad.

A diferencia de otros gurús, Edwards Deming jamás definió con precisión la calidad<sup>39</sup>. En su libro *Calidad, Productividad y Competitividad: La salida de la crisis*, escribió “Una de las principales doctrinas de calidad enseñada a los directivos japoneses en 1950 y en los años sucesivos fue la necesidad de estudiar las necesidades del consumidor.

---

<sup>39</sup> Evans, J. y Lindsay W. (2001) *Administración y control de la calidad*. 4ª. Ed., Internacional Thomson, México, p.73.

Lo fundamental es primeramente el principio de que el objetivo de la investigación sobre los consumidores consiste en comprender sus necesidades y deseos, y así diseñar el producto que le proporcione una vida mejor en el futuro.

El segundo principio es que nadie puede calcular las pérdidas futuras debidas a un cliente insatisfecho”.<sup>40</sup>

Edwards Deming refiere que es de vital importancia la comunicación entre quién proporciona el bien o el servicio, y el consumidor, y el consumidor potencial pues le da voz al público en el diseño del producto y en el suministro del servicio. De esta manera se le podrá proporcionar al consumidor un producto y un servicio que se acomoda mejor a sus necesidades, a menor costo.

Joseph M. Juran concibe que la calidad tiene dos componentes: Las características del producto y la falta de deficiencias. Define la calidad como la satisfacción del cliente. Esta definición se extiende al definir el concepto de cliente, lo considera como aquel que es impactado por un producto o proceso; clasificándolos dos grupos.

A. Clientes internos incluye a las áreas y personal de la organización que participa en la preparación del producto o servicio.

B. Clientes externos en esta clasificación incluye a los usuarios, a los comerciantes y a quienes tienen alguna conexión con el producto, como por ejemplo los órganos reguladores gubernamentales.

En resumen, según Juran la calidad es la satisfacción del cliente interno y externo.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Deming, W. (1989) *Calidad, productividad y competitividad: La salida de la crisis*. Díaz Santos, Madrid, Pp. 137 y 142.

<sup>41</sup> Juran, J. (1998) *Análisis y planeación de la calidad*. 3ª. Ed., McGraw – Hill, México, p. 3.

Para Philip, B. Crosby la calidad consiste en cumplir con los requisitos. Considera que la calidad se logra haciendo que todos hagan las cosas bien desde la primera vez. Lograr que esto suceda depende básicamente de los directivos que tienen que establecer los requisitos que deben cumplir los trabajadores, suministrar los medios necesarios para que el personal cubra los requisitos, y dedicar ilimitadamente su tiempo a estimular y ayudar al personal a dar cumplimiento a esos requisitos.<sup>42</sup>

Armand Feigenbaum concibe la calidad como la resultante total de las características del producto y servicio en cuanto a mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento por medio de los cuales, el producto o servicio en uso satisficará las expectativas del cliente.<sup>43</sup>

Feigenbaum resalta que las relaciones humanas eficientes son básicas en el proceso de la calidad, y considera que la calidad la determina el cliente, no el ingeniero de diseño o de servicio, ni mercadotecnia, ni la gerencia. Afirma que la calidad esta fundamentada en la experiencia real del cliente con el producto o servicio, medida contra sus requisitos definidos o tácitos, conscientes o percibidos, operacionales técnicamente o por completo subjetivos, y siempre representa un objeto móvil en el mercado competitivo.

Kaoru Ishikawa manifiesta que la calidad consiste en proporcionar un producto que sea el más útil, el más económico y siempre el más satisfactorio para el consumidor.

En una interpretación más amplia del significado de calidad, describe que la calidad significa calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad del proceso de calidad de las áreas que componen la organización, calidad de

---

<sup>42</sup> Crosby, Philip (1999) *Calidad sin lagrimas*. Continental, S. A. de C.V. México, p. 71.

<sup>43</sup> Feigenbaum, Armand (2001) *Control total de calidad*. 3ª Ed., C.E.C.S.A., México, p.7.

las personas incluyendo a operativos y ejecutivos, calidad del sistema, calidad de la organización, calidad de los objetivos, etc.

Kaoru Ishikawa observa que una parte de vital importancia en el proceso de la calidad es el precio económico, por muy buena que sea la calidad, el producto no podrá satisfacer al cliente si el precio es excesivo.<sup>44</sup>

La influencia de la calidad en las organizaciones penetra aún más con la presencia de normas emitidas por la Organización Internacional para la Normalización creada en 1947, integrada por organismos nacionales de normalización, que redacta y aprueba normas técnicas internacionales que se conocen como normas ISO (proviene del griego iso, que significa igual). La finalidad de estas normas es la coordinación de las normas nacionales, en consonancia con el Acta Final de los acuerdos de la ronda de Uruguay de la Organización Mundial del Comercio, con el propósito de facilitar el comercio, facilitar el intercambio de información y contribuir a la transferencia de tecnologías.

Entre las normas publicadas por ISO, la más conocida internacionalmente es la familia de normas ISO 9000. Este conjunto de normas describe la manera de llevar adelante la Gestión de la Calidad y la estructuración de los correspondientes Sistemas de Calidad y Mejora Continua en una organización.

La norma internacional ISO 9001 “Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos”, ha sido preparada por el Comité Técnico ISO/ TC 176, quien define la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con las necesidades o expectativas de la organización, sus clientes y otras partes interesadas.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Ishikawa, K. (1995) *¿Qué es el control total de la calidad?* Norma, S.A. Colombia, P.p. 40 – 41.

<sup>45</sup> ISO TC 176/ STTG (2000) ISO 9000:2000 Sistemas de gestión de la calidad – fundamentos y vocabulario.

### *Enfoques de los modelos de calidad más representativos.*

Edwards Deming recomienda una orientación holística de la administración que exige una comprensión total de la delicada interacción entre materiales, maquinarias y personal que determina la productividad, calidad y ventaja competitiva. Comenzando con el análisis estadístico para conocer el “diagnostico” para proceder con el proceso de la administración de la calidad.

El enfoque de Edwards Deming consta de 14 principios de administración que evolucionan en torno a darle al gerente el papel como coordinador e instructor, trabajo de equipo, relaciones con proveedores y solución multidisciplinaria de problemas. Este sistema formó la base de las lecciones que Deming dio a los altos directivos de Japón en 1950 y en los años subsiguientes.

Los resultados de su aplicación y las experiencias obtenidas, permiten apuntar a que sirven tanto en las organizaciones pequeñas como en las más grandes, en empresas de servicios y en las dedicadas a la fabricación. Los 14 puntos de Deming son.<sup>46</sup>

1.- Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio.

Con el objetivo de llegar a ser competitivos y permanecer en el mercado, y de proporcionar empleos.

2.- Adoptar la nueva filosofía. Los directivos deben tomar conciencia del reto, aprender sus responsabilidades, y hacerse cargo del liderazgo para cambiar.

3.- Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad.

Construir calidad dentro del proceso e identificar y prevenir errores en lugar de corregirlos.

---

AENOR. Ginebra, Suiza, p. 8.

<sup>46</sup> Deming. Op. cit., Pp.19 - 20.

4.- Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio. En lugar de esto, minimizar el costo total, estableciendo relaciones de largo plazo con los proveedores basadas en la confianza y en la lealtad.

5.- Mejorar constantemente y siempre el sistema de producción y servicio, para mejorar la calidad y la productividad, y en consecuencia reducir los costos continuamente.

6.- Implantar la formación en el trabajo, sustentada en la actualización constante y la capacitación en métodos y juicios estadísticos.

7.- Implantar el liderazgo. Eliminar las barreras que impiden a los empleados desempeñarse con efectividad y proporcionarles de manera continua los recursos necesarios para la eficacia.

8.- desechar el miedo, de manera que los empleados puedan trabajar con eficacia y confiar en reportar problemas o errores o pedir ayuda.

9.- Derribar las barreras entre los departamentos, promoviendo el trabajo de equipo y las comunicaciones entre departamentos y ofrecer una visión organizacional común, para prever los problemas de producción y durante el uso del producto que pudieran surgir.

10.- Eliminar eslóganes, exhortaciones y metas para pedir a los empleados cero defectos y nuevos niveles de productividad. Estas actitudes sólo crean relaciones adversas, hay que brindar métodos, no sólo exhortaciones.

11.- eliminar los estándares de trabajo, las cuotas fijan un límite sobre la mejoría y son contrarias a la idea de la mejoría continua.

12.- Eliminar las barreras que privan al empleado de su derecho de estar orgulloso de su trabajo, permitir autonomía y espontaneidad; cambiar las evaluaciones de desempeño periódicas por las de calidad.

13.- Establecer un programa vigoroso de educación y automejoramiento, este punto tiene relación estrecha con el punto 6, y hace hincapié en que las personas son las más importantes.

14.- Actuar para lograr la transformación. La transformación es tarea de todos.

Joseph Juran se inclinó a un sinnúmero de actividades que incluyen investigación de mercados, desarrollo del producto, diseño, planeación para la manufactura, compras, control del proceso de producción, inspección y pruebas, y ventas, seguida por retroalimentación de los clientes. La interdependencia de estas funciones enfatiza la necesidad de una administración de la calidad competente en toda la empresa. La alta gerencia se debe desempeñar en un papel activo de coordinador entusiasta del proceso de la administración de la calidad.

El modelo de calidad de Juran se enfoca en tres procesos principales de calidad, conocido como la trilogía de la calidad:

- 1) *planeación de la calidad*.- El proceso de preparación para cumplir con las metas de calidad;
- 2) *control de calidad*.- El proceso de cumplir con las metas de calidad durante la operación, y
- 3) *mejora de la calidad*.- El proceso de elevarse a niveles de rendimiento sin precedente.

La planeación de la calidad inicia con la identificación de los clientes, internos y externos, la determinación de sus necesidades y el desarrollo de características del producto que respondan a estas necesidades. Se continuará con el diseño del proceso que pueda producir el producto para satisfacer las necesidades de los clientes y que cumpla con las metas de calidad. La planeación estratégica para la calidad determina

las metas a corto y a largo plazo, establece prioridades, compara resultados con planes anteriores y combina los planes con otros objetivos corporativos estratégicos.

### Trilogía de la Calidad<sup>47</sup>

Procesos generales para la administración de la calidad

Planeación de la calidad	Control de la calidad	Mejoramiento de la calidad
Establecer metas de calidad	Elegir elementos de control	Probar la necesidad
Identificar a los clientes	Elegir unidades de medida	Identificar proyectos
Descubrir necesidades de los clientes	Establecer metas	Organizar equipos por proyectos
Desarrollar características de productos	Crear un sensor	Diagnosticar causas
Desarrollar características de procesos	Medir el desempeño real	Proporcionar remedios, probar que los remedios son efectivos
Establecer controles de proceso, transferir operaciones	Interpretar la diferencia	Manejar la resistencia al cambio
	Actuar contra la diferencia	Controlar para mantener las ganancias

Cuadro 1. Procesos generales para la administración de la calidad.

La esencia del modelo de calidad de Philip Crosby está incluida en lo que el denominó “*Los absolutos de la administración de la calidad*”. Los Principios Absolutos de la Administración de la Calidad, son.<sup>48</sup>

Primer Principio.- La calidad se debe definir como cumplir con los requisitos, no como lo bueno.

Segundo Principio.- El sistema para lograr la calidad es la prevención, no la verificación.

Tercer Principio.- El estándar de realización debe ser cero defectos, no “así esta bastante bien”.

<sup>47</sup> Juran. Op. cit., p. 9.

<sup>48</sup> Crosby. Op. cit., P.p. 75 – 98.

Cuarto Principio.- La medida de la calidad es el precio del incumplimiento, no los índices.

Armand Feigenbaum creador del concepto *control total de la calidad*, plantea diez puntos de referencia fundamentales para el control total de la calidad que constituyen las bases para la consecución de los objetivos. Los puntos son:<sup>49</sup>

- 1.- La calidad es un proceso que integra a toda la organización.
- 2.- La calidad la define el cliente.
- 3.- La calidad y el costo son una suma y no una diferencia.
- 4.- La calidad exige la convicción tanto individual como de equipo.
- 5.- La calidad es una manera de dirigir.
- 6.- La calidad y la innovación son mutuamente dependientes.
- 7.- La calidad es una ética.
- 8.- La calidad exige una mejora constante.
- 9.- La calidad es una ruta a la productividad más eficiente en costo y menos intensiva en capital.
- 10.- La calidad se implementa con un sistema total unido a los clientes y proveedores.

Los diez puntos de referencia fundamentales para el control total de la calidad, significan:

- Hacer de la calidad el centro estratégico de la planeación de los negocios de la organización, con propósitos precisos orientados al liderazgo de la calidad competitiva.

- Impulsar la evolución hacia el genuino mejoramiento de los empleados, procurando que la mejora de la calidad sea parte integral de cada tarea; que las personas en toda la organización conciban que son parte de la calidad.

---

<sup>49</sup> Feigenbaum. Op. cit., P.p. 887 – 888.

- Reconocer el papel crucial de los supervisores de línea, por medio de estructuras de trabajo que promuevan su liderazgo de mejora de la calidad.

- Integrar la educación de la calidad y la capacitación en el trabajo con el desarrollo y establecimiento de los procesos de trabajo.

- Enfatizar que la calidad total es el resultado de una implementación de largo plazo, orientada hacia el mejoramiento continuo basado en una sistemática metodología que se aplique permanentemente.

A diferencia del concepto “control total de calidad” creado por Armand Feigenbaum que abogó porque el control total de calidad estuviera en manos de especialistas (enfoque occidental),<sup>50</sup> la modalidad japonesa de Ishikawa fomenta la participación de todas las áreas y todos los empleados en el estudio y la promoción del control de calidad.

Para evitar confusiones de concepto con el modelo de Feigenbaum o para que no se entienda que se está imitando, en 1968 en el simposio de control de calidad se acordó utilizar el término “control de calidad en toda la empresa”, para designar la modalidad japonesa.

Desde la perspectiva del modelo japonés, hacer control de calidad denota: Emplear el control de calidad como base, hacer el control integral de costos, precios y utilidades, y controlar la cantidad de volumen de producción, de ventas y de existencias, así como las fechas de entrega.

Ishikawa considera que las metas del control de calidad deben ser: Exportar bienes y productos de bajo precio en grandes cantidades, para fortalecer la economía japonesa y solidificar las bases de su tecnología industrial; mediante el control de calidad, se debe capacitar al país para exportar su tecnología industrial afirmando sus

---

<sup>50</sup> Ishikawa. Ob. cit., p.84.

bases económicas futuras; las empresas deben dividir racionalmente sus utilidades entre los consumidores, empleados y los accionistas; y a la nación le corresponde mejorar el nivel de vida del pueblo japonés.

En la aplicación del control de calidad destacan tres pasos: Entender las características de calidad reales (lo que el consumidor exige del producto); fijar métodos para medirlas y probarlas, realizando análisis de calidad mediante sistemas físicos, químicos y entender la relación entre las características reales y las sustitutas.

Las características que distinguen el control de calidad japonés respecto del occidental, son.

1.- En el control de calidad de toda la empresa participan todos los miembros de la organización (todo empleado en cada área deberá estudiar, practicar y participar en el control de calidad).

2.- Educación y capacitación en control de calidad (el control de calidad empieza con educación y termina con educación).

3.- Actividades de círculos de control de calidad (contribuir al mejoramiento y desarrollo de la organización, respetar a la humanidad y crear un lugar de trabajo amable y diáfano, y ejercer las capacidades humanas plenamente).

4.- Auditoria de círculos de calidad (diagnosticar y aconsejar como corregir las fallas).

5.- Utilización de métodos estadísticos (sin análisis estadístico – análisis de calidad y de proceso – no se puede hablar de control eficaz).

6.- Actividades de promoción del control de calidad a escala nacional (organismos nacionales impulsan la promoción e información al público).

En el control de calidad en toda la empresa, la garantía de calidad es la esencia del control de calidad, los principios que rigen la garantía de calidad son: La

responsabilidad de la garantía de calidad es del fabricante; si el producto se fabrica mediante un esfuerzo conjunto, la responsabilidad recae sobre el proveedor; en la empresa la garantía de calidad le corresponde a las áreas de diseño y manufactura, el área de inspección únicamente inspecciona desde el punto de vista de los clientes, pero no es responsable en la garantía de calidad.

Conforme la calidad se convierte en un aspecto cada vez más importante de los negocios en todo el mundo, diversas organizaciones se certifican bajo la norma ISO 9000, asegurándose de tener una calidad igual a la de sus iguales; el cumplimiento de estas normas se está convirtiendo en un requisito para tener competitividad internacional. Las normas tienen el propósito de aplicarse a todo tipo de empresas de productos y de servicios.

La serie de Normas ISO 9000 fue elaborada para ser usada como un paquete integral y asistir a las organizaciones de todo tipo y tamaño, en la implementación y operación de sistemas de gestión de la calidad; juntas forman un conjunto coherente de normas que facilitan la mutua comprensión en el comercio nacional e internacional.

La familia ISO 9000, son normas de los sistemas de calidad que guían el desempeño de una organización con necesidades específicas en áreas de diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio. Se basan en la premisa de que ciertas características genéricas de las prácticas administrativas pueden ser motivo de normalización, y que un sistema de calidad bien diseñado, bien implementado y cuidadosamente administrado da confianza en que los resultados satisfarán las expectativas y las necesidades de los clientes.

Los principios que constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000,<sup>51</sup> son.

**Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, y satisfacer los requisitos de estos.

**Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

**Participación del personal:** El personal de todos los niveles, es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita la aplicación de sus habilidades en la organización.

**Enfoque basado en procesos:** Los resultados deseados se alcanzarán más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionen como un proceso.

**Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.

**Mejora continua:** La mejora continua del desempeño global de la organización debe ser un objetivo permanente.

**Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de la información.

---

<sup>51</sup> ISO TC 176/ STTG (2000) ISO 9000:2000. Op. cit., p. vi.

Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

La implementación y el desarrollo de un sistema de gestión de la calidad comprenden las siguientes diferentes etapas.<sup>52</sup>

1ª.- Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas.

2ª.- Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización.

3ª.- Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad.

4ª.- Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.

5ª.- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.

6ª.- Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.

7ª.- Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas.

8ª.- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

La Norma ISO 9001(única norma certificable de la serie) especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad que pueden utilizarse para su aplicación

---

<sup>52</sup> ISO TC 176/ STTG (2000) ISO 9000:2000. Op. cit., p. 2.

interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales; enfatizando la importancia de.<sup>53</sup>

La comprensión y el cumplimiento de los requisitos.

La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.

La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso.

La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia; de acuerdo con los requisitos<sup>54</sup> de esta Norma Internacional la organización debe:

A.- Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.

B.- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos,

C.- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces,

D.- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,

E.- Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos,

F.- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

*La relación entre la calidad con la eficacia, la eficiencia y los valores.*

En el ambiente de las organizaciones ha disminuido la afirmación respecto a la incompatibilidad entre calidad y productividad, pues que se consideraba que un aumento en la productividad, provocaría un debilitamiento de la calidad o viceversa.

---

<sup>53</sup> ISO TC 176/ STTG (2000) ISO 9001:2000 Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos. AENOR. Ginebra, Suiza, p.vi.

<sup>54</sup> Ídem, p. 2.

Los descubrimientos logrados a través de experiencias de organizaciones que aplican sistemas de calidad, muestran que al mejorar la calidad resulta una reacción en cadena, disminuyen los costos porque hay menos reprocesos, menos equivocaciones, menos retrasos; se utilizan mejor los recursos en los procesos que se realizan para la fabricación de un buen producto y para proporcionar un mejor servicio; lo cual de manera natural genera una posición más competitiva.

En opinión de Harrington, la calidad consiste en mejorar los procesos y estos se mejoran cuando evolucionan a otros más eficaces, eficientes y más adaptables.<sup>55</sup> Harrington considera que la eficacia es el grado en que los procesos satisfacen las expectativas de los consumidores; en este sentido la calidad es sinónimo de efectividad pues es la que impacta a los consumidores. Respecto a la eficiencia dice que es el grado en que los recursos son minimizados en búsqueda de la efectividad; utilizando a la productividad como una medida de la eficiencia. La adaptabilidad la considera como la capacidad de flexibilidad de los procesos para satisfacer las expectativas cambiantes de los consumidores y para adaptarse a las variaciones en el entorno.

En relación con los valores, la calidad entendida como un movimiento cultural, rescata el que toda oferta cumpla sus promesas con el consumidor; en tal sentido valores como la verdad, el respeto y el compromiso son valores esperados al hablar de calidad.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Harrington. (1984) *Business Process Improvement*. Citado por Reyes, A. (1999) *Técnicas y modelos de calidad en el salón de clases*, Trillas. México. p.21.

<sup>56</sup> Oficina de calidad (1996) *Clase mundial siglo XXI. Dos años de avance*. Citado por Reyes, A. (1999) *Técnicas y modelos de calidad en el salón de clases*, Trillas. México. p.25.

## **2.2. La calidad en organizaciones hospitalarias.**

### ***Antecedentes***

La calidad en los servicios de salud es tan antigua como lo es el ejercicio médico, de esto dan cuenta los papiros egipcios, el código de Hammurabi y el juramento Hipocrático entre otros. En la práctica médica de mantener la vida y restaurar la salud, el binomio ética y calidad juega un papel importante en beneficio del paciente, así lo demuestra el trabajo de Nightingale,<sup>57</sup> en donde la eficacia presidio su trabajo, disminuyendo las tasas de mortalidad de pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea. Para Codman,<sup>58</sup> la efectividad de las intervenciones quirúrgicas fue su principal objetivo, los dos se pueden considerar como los precursores más cercanos de la calidad en la atención médica como característica intrínseca de la práctica médica.

### ***Conceptos de calidad***

La calidad es un término polisémico que supone acepciones diferentes, tanto en el tiempo como en función de quien lo utilice y además en modo alguno es absoluto, ya que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo y, por tanto, es algo relativo.

La calidad es un elemento estratégico en que se fundamenta la transformación para mejorar los servicios de salud modernos. La calidad en las organizaciones hospitalarias supone diversos abordajes dado que entraña significados distintos para pacientes, profesionales de la salud y administrativos. La calidad de estas organizaciones es el resultado de las políticas sobre salud, del adecuado desempeño

---

<sup>57</sup> Nightingale, F. (1980) *Notes on Nursing: What it is and What it is not*. Citado en <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html> . Consultado el 7 de julio de 2006.

<sup>58</sup> Codman, E. (1914) y (1916) *The Product of Hospitals. Surg Gynecol Obstet*, 1914. Y *A study in Hospital Efficiency. The first five years*. 1916, citado en <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>. Consultado el 7 de julio de 2006.

profesional y de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de la atención médica.

Los profesionales de la salud tienen habitualmente una perspectiva individual de la calidad en su práctica clínica, su legítima pretensión corresponde a un desempeño profesional correcto. Los pacientes también tienen una perspectiva individual, al plantear que la calidad en los hospitales tiene como atributos la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que se les exige la mejor competencia profesional, al mismo tiempo que desean una apropiada accesibilidad a los servicios médicos. Por su parte la administración de los hospitales es inclinada a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los servicios médicos un alto rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y que la consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la población.

Donabedian en una exploración inicial de la definición de la calidad, en su concepto unificador de la calidad de la atención médica considera a la calidad como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas que derivan del proceso de la atención en todas sus partes. Agrega que éste concepto es fundamental para los valores, ética y tradiciones de las profesiones de la atención a la salud; el propósito es realizar el mayor beneficio que sea posible en cualquier situación dada.<sup>59</sup> Donabedian afirma que este concepto unificador de la calidad encierra una gran complejidad y se ha avocado a su análisis.

Frenk, afirma que la calidad es el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. Extiende la definición explicando que ésta incluye dos dimensiones, la

---

<sup>59</sup> Donabedian, A. (1984) *La calidad de la atención médica*, La Prensa Médica Mexicana, S. A. México. p. 7.

técnica y la interpersonal. La primera procura lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible y la segunda dirigida a respetar al paciente como ser humano integral y a la búsqueda de su satisfacción.<sup>60</sup>

***Los principios de Deming en los servicios de atención a la salud.***

Médicos del Centro de Investigación de los Servicios de Salud de Minneapolis, realizaron una adaptación de los principios de Deming para los servicios de atención a la salud.<sup>61</sup>

1.- Establecer constancia con el propósito del servicio. Definir en términos operativos lo que se quiere decir por servicio a los pacientes; especificar los estándares del servicio estableciendo periodos de tiempo; definir los pacientes a los que se trata de atender; innovar para dar un servicio mejor a un costo dado; destinar recursos para el mantenimiento del equipo, mobiliario y demás materiales que favorezcan a la atención del paciente; especificar responsabilidades y difundir ésta constancia en el propósito del servicio entre los pacientes y entre la población.

2.- Adoptar una nueva filosofía. La actualización permanente facilitará hacer frente a las exigencias de los pacientes.

3.- Exigir la evidencia estadística de la calidad; exigir la acción correctiva e identificar la evidencia de los defectos y el costo que acarrear.

4.- Establecer relaciones con proveedores que garanticen evidencia estadística del control.

5.- Mejorar permanentemente el sistema de servicio.

---

<sup>60</sup> Frenk, Mora, J. (2001) Programa nacional de salud 2001 – 2006, Secretaría de Salud, México. p. 9.

<sup>61</sup> Deming, W. Op. cit., Pp. 155 – 158.

6.- Reestructurar la formación. Desarrollar el concepto de tutor; desarrollar más educación durante el servicio; capacitar a los empleados en métodos de control estadístico del trabajo y difundir las definiciones operativas de todos los trabajos.

7.- Mejorar constantemente la supervisión.

8.- Romper las distinciones arraigadas entre médicos y no médicos del hospital.

9.- Eliminar las barreras entre los departamentos y conocer los problemas que se presentan en ellos.

10.- Eliminar los eslóganes y los carteles que piden al personal que haga lo mejor y en su lugar difundir los logros conseguidos.

11.- Observar en los reprocesos, los errores y defectos, y ayudar al personal a que lo hagan mejor. Es necesario que el personal comprenda el objetivo del hospital y cómo se relacionan sus trabajos con éste.

12.- Establecer un programa masivo de enseñanza de las técnicas estadísticas.

13.- Mantener la confianza del personal en su trabajo. Las personas deben estar seguras que tendrán trabajo en el futuro y que la adquisición de nuevas habilidades les facilitará esta seguridad.

14.- Organizar una agrupación de fuerzas y recursos con la autoridad y la responsabilidad de actuar todos los días en permanente búsqueda de la calidad.

*La calidad en algunos hospitales de EEUU.*

De acuerdo con el Intermountain Health Care, un sistema no lucrativo compuesto por 24 hospitales en Utah, USA., desde 1985 ha perseguido la calidad como un objetivo estratégico.<sup>62</sup>

Mediante el reexamen de los procesos fundamentales de los cuidados a la salud, se pueden reducir costos y puede mejorarse la calidad; como es el caso del New

---

<sup>62</sup>Evans, J. y Lindsay W. Op. cit., p.57.

England Deaconess Hospital de Boston, USA., que con sus equipos logro identificar problemas que agregaban días innecesarios a las estancias en el hospital. En dos años Deaconess logro una reducción general del 10% en la duración de las estancias en el hospital.<sup>63</sup>

El Internacional Quality study, un proyecto de investigación conducido en 1991 por la American Quality Foundation y Ernst & Young, determinó que más de la mitad de las organizaciones de cuidados a la salud estarían utilizando la calidad como criterio principal de evaluación para compensaciones a la administración superior, que un elevado porcentaje de las organizaciones estaría utilizando la satisfacción de los usuarios como un criterio principal para la planeación estratégica y que un creciente número de empleados estaría involucrado en equipos relacionados con la calidad.

Un ejemplo más de que las organizaciones de atención a la salud están adoptando ampliamente la calidad, es el de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) quien publicó nuevos estándares, requiriendo que todos los directores generales de hospitales, reciban capacitación en métodos de mejora continua de la calidad.<sup>64</sup>

### ***2.3 La calidad en organizaciones hospitalarias en México.***

De acuerdo con información emitida por la Secretaría de Salud, en el año 2004 el sector público de la salud cuenta con 1,047 hospitales, incluyendo a los Institutos Nacionales de Salud y a los Hospitales Federales de Referencia; 909 de estos hospitales están clasificados como hospitales generales y 138 se clasifican como hospitales de especialidad. El 55 por ciento de los 1,047 hospitales, prestan servicios a la población

---

<sup>63</sup> Ídem. p. 57.

<sup>64</sup> “*New JCAHO Standards Emphasize Continuous Quality Improvement*”, Hospitals, Agosto, 1991. USA. Pp. 41-44.

sin seguridad social, aunque se trata en su gran mayoría, de hospitales pequeños con 60 camas o menos. La conformación de los 1,047 hospitales públicos es.<sup>65</sup>

<b><i>Institución</i></b>	<b><i>Hospitales Generales</i></b>	<b><i>Hospitales de Especialidad</i></b>	<b><i>Total</i></b>
SSA	435	74	509
IMSS-Oportunidades	69	0	69
IMSS	223	41	264
ISSSTE	95	11	106
PEMEX	15	8	23
SEDENA	39	3	42
SEMAR	33	1	34
<b>Total</b>	<b>909</b>	<b>138</b>	<b>1 047</b>

Cuadro 2. Conformación de hospitales públicos.

El Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, derivado del Plan Nacional de desarrollo 2001 – 2006, emitido por el gobierno federal, manifiesta que respecto a la calidad en los hospitales en México, el sistema mexicano de salud enfrenta problemas tanto en el componente técnico de la atención, como en el trato al paciente como ser humano integral.

Un estudio realizado entre 1997 y 1999 en 214 hospitales generales de la secretaría de Salud, reflejo que el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto, y también existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. Los resultados del estudio también dieron a conocer que la calificación global en 89% de los hospitales estudiados fue menor de 74 puntos sobre 100. Además, el nivel de satisfacción de los trabajadores de los hospitales con su entorno laboral resultó muy bajo: menos del 40% de los trabajadores se sentía satisfecho a este respecto.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Secretaría de Salud (2005) *Observatorio del desempeño hospitalario 2004*, Secretaría de Salud, México. Pp. 14 y 37.

<sup>66</sup> Secretaría de salud (2001) *Programa nacional de salud 2001 – 2006*, México. p. 52.

Las evaluaciones de las unidades hospitalarias solicitadas por la Comisión Nacional para la Certificación de los Hospitales, al año 2001, apuntan en el mismo sentido que los resultados del estudio realizado entre 1997 y 1999. De los prácticamente 4,000 hospitales (públicos y privados) existentes en nuestro país, al 2001 únicamente el 13% es decir 518 se habían evaluado y dictaminado por ésta Comisión; lo que representa que en el 87% de los hospitales no se cuenta con información sobre los requisitos para proporcionar una atención adecuada a los pacientes.

El incremento en el porcentaje de cesáreas es otro indicador que refleja problemas de calidad en los hospitales. A escala nacional la cifra se incremento de 23% en 1991 a 32% en el 2001. En países como Japón y el reino Unido el porcentaje de nacimientos por cesárea es menor al 15%.<sup>67</sup>

En la Segunda Encuesta Nacional de satisfacción con los servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en el año 2000, los entrevistados expresaron que la atención que los servicios de salud deben ser considerados como prioritarios por el gobierno.

Los resultados de la encuesta permiten: Conocer la necesidad de cambios fundamentales en los servicios de salud; identificar como dos de los principales problemas los altos costos de la atención y la falta de recursos e infraestructura en los hospitales; la carencia de recursos financieros por parte de los usuarios para atender su salud; y los largos tiempos de espera par obtener su primera cita o una cita con el médico especialista o para ingresar a un hospital, algunas esperas alcanzan los 90 días, siendo los largos tiempos de espera la principal razón para no volver a utilizar los servicios.

---

<sup>67</sup> Ídem. p. 53.

Entre los diversos grupos dedicados al estudio de los servicios de salud, existe la percepción de que en México hay problemas de respeto a los derechos humanos de los pacientes. Se piensa que a los usuarios de los servicios públicos de salud se les trata con limitado respeto, principalmente a los indígenas, a las mujeres y a los más pobres. El hostigamiento y el mal trato son dos de las quejas más frecuentes ante las Comisiones de Derechos Humanos. Otro motivo de queja más recurrente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información proporcionada por el médico respecto al diagnóstico, estudios, tratamiento, pronóstico y cuidados posteriores a la atención médica.<sup>68</sup>

El bajo nivel promedio de la calidad en los servicios públicos de atención a la salud, identifica básicamente.<sup>69</sup>

1.- La percepción de mala calidad de los servicios de salud por parte de la población.

2.- La heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas e instituciones (SSA, IMSS e ISSSTE), y al interior de las propias instituciones.

3.- La insuficiente información y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de atención a la salud y sus niveles de calidad.

Para mejorar los niveles de bienestar de la población, el Programa Nacional de salud 2001 – 2006 se plantea cinco objetivos.

1.- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.

2.- Abatir las desigualdades en salud.

3.- Garantizar un trato adecuado en los servicios de atención a la salud.

4.- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

---

<sup>68</sup> Ídem. p.56.

<sup>69</sup> Secretaría de salud (2003) *Primer foro nacional por la calidad*, México. p. 14.

5.- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Para la concreción de los objetivos se diseñaron 10 estrategias, dentro de ellas esta la de Desplegar una Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. Ésta estrategia incluye líneas de acción, en las que sobresalen:

1.- Definir códigos de ética de los profesionales de la salud, que constituyen lineamientos de comportamiento que buscan garantizar un desempeño efectivo, honesto, y un trato digno a los pacientes.

2.- Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de los servicios médicos. La atención de la salud supone el ejercicio de derechos propios de los usuarios, destacando el derecho a servicios integrales de salud; el derecho a recibir información sobre su padecimiento, los riesgos asociados a él y a su tratamiento; el derecho al manejo confidencial de la información que se genera en la relación médico - paciente.

3.- Desarrollar un sistema de información por servicios hospitalarios y tarjetas de indicadores. Toda intervención para resolver una demanda de atención médica conlleva el empleo de recursos que representan un costo, por lo que se deben analizar los procedimientos para racionalizar los insumos, procesos y servicios que se proporcionan.

4.- Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud. Un propósito importante es la ampliación de la certificación de las unidades de atención y la extensión de este procedimiento a laboratorios, gabinetes, unidades de cirugía de corta estancia entre otros.

5.- Reforzar el Arbitraje Médico. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se creó para tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan a la población.

### **La certificación de hospitales**

Desde 1999, de acuerdo con la estrategia de calidad de la atención, se estableció el Programa Nacional de Certificación, con el fin de garantizar a la población que los servicios que reciben son de calidad y ofrecer a los usuarios los mayores beneficios con los menores riesgos, facultándose al Consejo de Salubridad General, en su carácter de autoridad sanitaria, como el responsable de su coordinación.

El Consejo de Salubridad General, órgano colegiado de carácter institucional, depende directamente del presidente de la república y lo preside el secretario de salud, es el foro de análisis y concertación de políticas y decisiones sobre temas sanitarios, idóneo para la certificación de establecimientos de atención médica dada su conformación por los titulares de las instituciones de salud de nuestro país, además de la representación de las academias, colegios y de instituciones de educación superior.

### **Fundamento legal de la certificación**

El fundamento legal que legitima la certificación de establecimientos de atención a la salud es: Acuerdo por el que establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, Diario Oficial de la Federación del 20 de septiembre de 2002 y el Reglamento interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, Diario Oficial de la Federación del 22 de octubre de 2003.

### *Criterios de evaluación*

Según el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, los procesos de certificación constan de lineamientos y criterios que definen el

buen funcionamiento de un establecimiento de atención médica. Los criterios para la certificación suman un total de 526, de los cuales 332 son Criterios de Estructura y 194 son Criterios de Procesos y Resultados; de acuerdo con el Programa, los criterios están diseñados para ajustarse al tipo y tamaño del establecimiento a evaluar.<sup>70</sup>

<b>Criterios de Estructura</b>	
<b>Concepto</b>	<b>Número</b>
Recursos Humanos	25
Instalaciones físicas	23
Equipamiento	242
Insumos	15
Expediente Clínico	5
Atención y quejas	2
Comités	7
Organización y métodos	6
Gobierno	7
<b>Total Criterios de Estructura</b>	<b>332</b>

Cuadro 3. Criterios para la certificación: De estructura

<b>Criterios de Procesos y Resultados</b>		
<b>Subcapítulo</b>	<b>Funciones</b>	<b>Criterios</b>
Primero	de atención al paciente	130
Segundo	de apoyo a la atención	34
Tercero	de medición y obtención de la información	30
<b>Total Criterios de Procesos y Resultados</b>		<b>194</b>

Cuadro 4. Criterios para la certificación: De procesos y resultados

<sup>70</sup> Ídem. p.20.

### **Proceso para la evaluación de establecimientos de atención médica**

De acuerdo con el Consejo de Salubridad General, el capítulo de Estructura consiste en una autoevaluación que realizan las autoridades del establecimiento en cuestión, y enviada para su análisis, al Consejo de Salubridad General, específicamente a la Coordinación del Programa. El establecimiento recibirá comunicación escrita de parte de la Coordinación del Programa, en la que se manifiesta la pertinencia para proseguir con la evaluación de la segunda parte que es la de Procesos y Resultados ó la necesidad de realizar acciones correctivas respecto del primer capítulo.

El segundo capítulo de Procesos y Resultados consiste en la programación por parte del establecimiento para que se realice una visita de evaluación, la cual debe solicitarla con cuatro semanas de anticipación a la Coordinación del Programa. Esta, conforma el grupo evaluador y notifica oficialmente al establecimiento la fecha exacta de la evaluación; los resultados se presentan a la Comisión para la Certificación para su correspondiente Dictamen y en su caso, se turna al Consejo de Salubridad General para que emita la certificación del establecimiento.<sup>71</sup>

De acuerdo con el informe del Consejo de Salubridad General<sup>72</sup>, al 30 de enero de 2006, en México existen 256 unidades hospitalarias certificadas, que se integran de la siguiente forma.

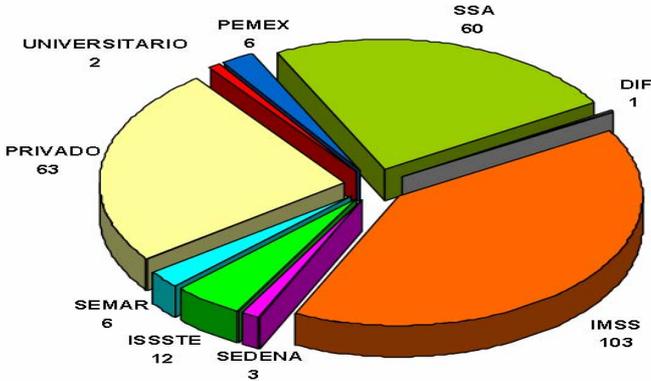
---

<sup>71</sup> Idem, p. 21.

<sup>72</sup> [http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/CERT\\_HOSP/HOSPITALES/HOSPITAL\\_30ENE2006.xls](http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/CERT_HOSP/HOSPITALES/HOSPITAL_30ENE2006.xls). Consultada el 10 de Julio de 2006.

**Consejo de Salubridad General. Unidades Hospitalarias Certificadas**

**Enero de 2006**



Gráfica 1. Unidades Hospitalarias Certificadas

## CAPITULO II. LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN CHIAPAS.

### 1. El contexto geosociodemográfico.

El estado de Chiapas se localiza al Sureste de la República Mexicana con una extensión territorial de 75,634 Km<sup>2</sup>, lo que corresponde a un 38% del territorio nacional;<sup>73</sup> limita al norte con Tabasco, al este con la República de Guatemala; al sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico, al oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz.<sup>74</sup>

Está constituido por 119 municipios<sup>75</sup> agrupados en 9 regiones económicas.<sup>76</sup> Cuenta con 7 regiones Geográficas que le confieren una gran variedad de climas y una red hidrológica que es aproximadamente el 30% del total nacional, lo que significa la existencia de ríos de considerable caudal. De acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en el año 2000 la población ascendía a 3'920,892 habitantes, distribuida en 19,455 localidades,<sup>77</sup> la mayoría de las cuales son menores de 500 habitantes.

Algunos otros indicadores demográficos demuestran que la población ha mantenido una rápida velocidad de crecimiento: la tasa de natalidad entre el año de 1999 y 2000 fue de 1.03<sup>78</sup> y la esperanza de vida al nacimiento es de 65.8 años.<sup>79</sup> Queda claro que esta población esta menos favorecida, el análisis de la actividad productiva confirma la situación.

---

<sup>73</sup> INEGI-DGG. Superficie del país por entidad y municipio, 2000. Inédito, México. p.3.

<sup>74</sup> INEGI. Marco Geoestadístico, 2000. México. p.3.

<sup>75</sup> INEGI. Chiapas. XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Integración Territorial. México. p.5.

<sup>76</sup> INEGI. Op. Cit. México. p.3.

<sup>77</sup> INEGI. Marco Geoestadístico, 2000. México. p.110.

<sup>78</sup> INEGI. Dirección General de Estadística; Dirección General Adjunta de Estadísticas Sociodemográficas; Dirección de Análisis y Estudios Demográficos y Dirección Regional Sur; Dirección de Estadísticas; Subdirección de Control y Desarrollo Estadístico. México. p. 70

<sup>79</sup> INEGI. Dirección General de Estadística; Dirección General Adjunta de Estadísticas Sociodemográficas; Dirección de Análisis y Estudios Demográficos. México. p. 81

La principal actividad productiva es la agricultura y de ésta la de subsistencia ocupa a la mayor parte de la población económicamente activa. A ello debe agregarse la gran diversidad de grupos étnicos que conforman diferentes culturas, entre los que sobresalen los tzotziles, tzeltales, tojolabales, zoques, y lacandones. Eso implica que 15% de la población habla lengua indígena además del castellano y un 9% no lo habla.<sup>80</sup>

Éstos indicadores explican el rezago de Chiapas en su integración al desarrollo nacional situándolo en la posición de mayor marginación entre las entidades del país.

A continuación se incluye el mapa del Estado de Chiapas con su división política y las diez Jurisdicciones Sanitarias que integran el sistema de salud en el Estado.

#### Regionalización jurisdiccional

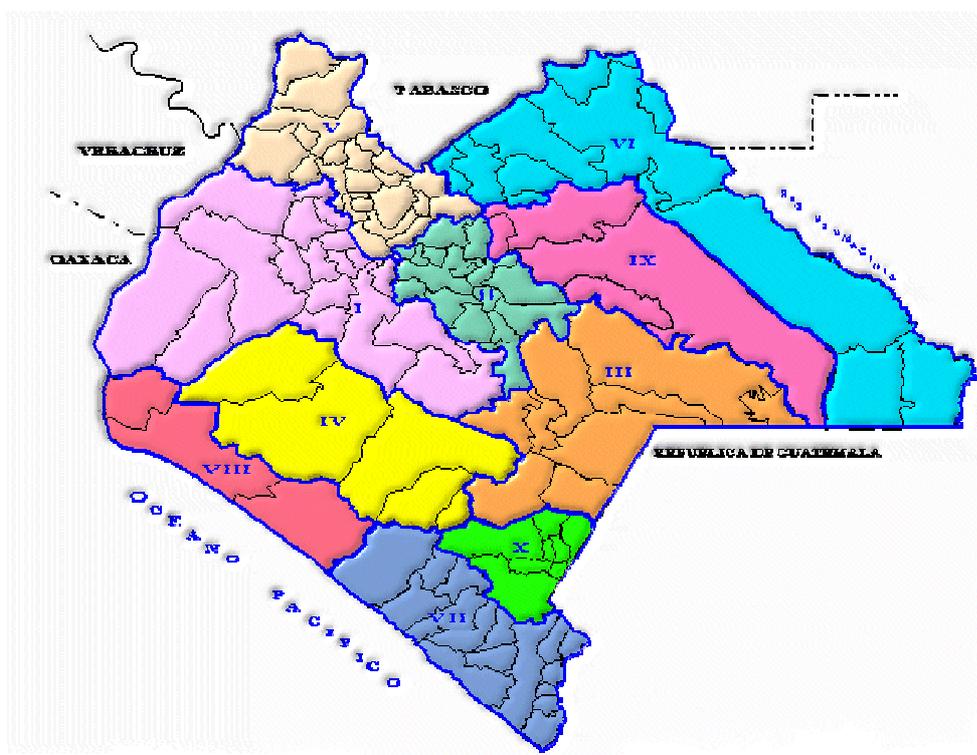


Figura 2. Mapa, Estado de Chiapas. Regionalización jurisdiccional

<sup>80</sup> INEGI. Chiapas, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México p.279

Cuadro de las Jurisdicciones Sanitarias del mapa anterior identificadas por número y conteniendo la cantidad de municipios que atienden.

- I. Tuxtla 22 Mpios
- II. San Cristóbal 18 Mpios
- III. Comitán 9 Mpios
- IV. Villaflores 5 Mpios
- V. Pichucalco 23 Mpios
- VI. Palenque 11 Mpios
- VII. Tapachula 16 Mpios
- VIII. Tonalá 3 Mpios
- IX. Ocosingo 4 Mpios
- X. Motozintla 8 Mpios

Cuadro 5. Jurisdicciones Sanitarias

FUENTE: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Croquis de la Jurisdicción Sanitaria I, identificando los 22 municipios que la integran cuya relación se anexa en seguida

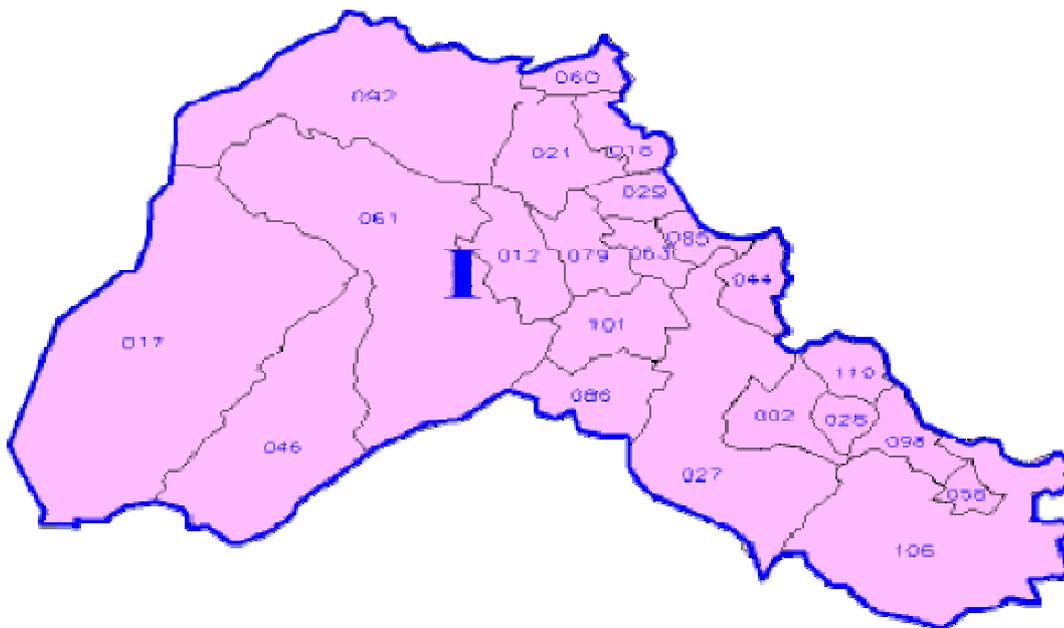


Figura 3. Croquis Jurisdicción Sanitaria I

## Municipios que integran la Jurisdicción Sanitaria I

<u>002 Acala</u>	<u>029 Chicoasén</u>	<u>079 San Fernando</u>
<u>012 Berriozabal</u>	<u>044 Ixtapa</u>	<u>085 Soyaló</u>
<u>017 Cintalapa</u>	<u>046 Jiquipilas</u>	<u>086 Suchiapa</u>
<u>018 Coapilla</u>	<u>058 Nicolás Ruiz</u>	<u>092 Tecpatán</u>
<u>021 Copainalá</u>	<u>060 Ocoatepec</u>	<u>098 Totolapa</u>
<u>027 Chiapa de Corzo</u>	<u>061 Ocozocoautla</u>	<u>101 Tuxtla Gutiérrez</u>
<u>028 Chiapilla</u>	<u>063 Usumacinta</u>	<u>106 Venustiano Carranza</u>
		<u>110 Zapotal (San Lucas)</u>

Cuadro 6. Municipios que integran la Jurisdicción Sanitaria I. FUENTE: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

## 2. Antecedentes y referencias de los servicios de salud en Chiapas.

La organización para la atención médica y las acciones sanitarias, han estado íntimamente ligadas a los acontecimientos socio-políticos mas importantes ocurridos en el Estado de Chiapas y en el País.<sup>81</sup>

Los cambios organizativos para el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta, algunos de los más significativos se realizaron a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 5 de Febrero de 1917.

Fue en 1926, cuando se crearon en las entidades federativas las Juntas de Beneficencia Pública y las Delegaciones de Sanidad Federal. En 1932, se creó la oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en los Estados, para fomentar la Coordinación entre los niveles de gobierno.

En 1934, año en que se constituyó la Secretaria de Asistencia Pública, se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad así como los Niveles Jurisdiccional y Local.

En 1938 entraron en vigor los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Chiapas, cuya estructura orgánica para 1947, constaba de una jefatura y las

<sup>81</sup> Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas, octubre de 2005.

secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa, así como jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo.

De 1959 a 1964, los Servicios Coordinados en el Estado, implementaron los Distritos Sanitarios como Organismos Técnicos Administrativos, ubicados en regiones, con características homogéneas para el control de las unidades aplicativas y los programas.

En 1970, se cambiaron las secciones del nivel estatal, por los departamentos de administración médica, medicina preventiva, promoción de la salud, control sanitario y administrativo; a nivel ampliativo desaparecieron los distritos y se contaba con ocho jurisdicciones.

En los años siguientes, la Estructura Orgánica de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, continuo sufriendo adecuaciones, hasta que en 1984 con motivo del inicio del proceso de descentralización de los Servicios, se aprobó una Organización acorde con el mismo, existiendo entonces el Consejo Interno de Administración, las Coordinaciones de Servicios de Salud y de Regulación Sanitaria, la Unidad de Auditoria y Control y la Unidad de Planeación. En el nivel aplicativo se crearon las Coordinaciones Municipales de Salud.

En 1986, después de la firma del convenio de descentralización, la jefatura se convirtió en dirección general y se crearon también direcciones de área y subdirecciones, las coordinaciones regionales, agregándose también coordinaciones de regulación sanitaria, se integraron además como órganos desconcentrados por función, las unidades aplicativas y el laboratorio estatal de salud pública.

La descentralización de los servicios IMSS-COPLAMAR la desconcentración de los programas verticales, la construcción de Hospitales Generales y la publicación de la Ley de Salud del Estado de 1987, sentaron las bases para la creación del Instituto de

Salud del Estado, que inicialmente se integró por un Consejo Interno, la Dirección General, las Direcciones de Servicios de Salud, de Planeación y de Administración.

En 1988, se agregaron como órganos desconcentrados el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea y el Consejo Estatal para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y más tarde en 1990, se incluyó en la estructura del organismo, la Contraloría Interna en el Laboratorio Estatal de Salud Pública y desaparecieron las coordinaciones regionales, como órganos de enlace entre los niveles central y jurisdiccional.

En Junio de 2004 se crea el Instituto de Salud del estado de Chiapas, con la siguiente **misión**.

“Mejorar el nivel de salud de la población promoviendo y otorgando servicios integrales, oportunos con calidad y equidad, administrados en forma honesta y transparente, equitativa y eficiente mediante la regulación y coordinación del Sistema Estatal de Salud y la plena participación social para impulsar el desarrollo del pueblo chiapaneco con justicia, que conlleve oportunidades de avance profesional a los prestadores y a la participación ciudadana”.

... y **visión**:

“El programa sectorial de salud favorece la integración de un sistema de salud accesible al total de la población con su participación activa, es equitativo, de alta calidad, que permite la anticipación al daño acorde al desarrollo científico-tecnológico y que satisface las necesidades y expectativas del usuario y del prestador de los servicios”.

El Sistema Nacional de Salud encuentra su expresión a nivel local en el Sistema Estatal de Salud, cuya función normativa se asienta en el Instituto de Salud Estatal,

como corresponde a una estructura centralizada. El Sistema Estatal de Salud coordina el quehacer de cada una de las instituciones involucradas, que por una parte está determinada por el Plan Nacional de Salud pero que se ha de interpretar en un Plan Estatal acorde al presupuesto asignado.

Aunque en apariencia el gasto asignado a salud se incrementó en cifras reales, la capacidad adquisitiva de ese presupuesto se afectó profundamente. Ahora bien, después de la asignación, la distribución al interior del sector presenta diferencias entre instituciones, al interior de cada una de las cuales se asigna a diferentes programas; de ahí la calidad de los servicios.

El Estado debe enfrentar serias dificultades para financiar la salud de su población que por otro lado está creciendo a un ritmo muy acelerado, en virtud de su alta fecundidad e inmigración; en pocas palabras deberá realizar más funciones para más personas con menos recursos. Ese es el verdadero desafío.

### **3. Situación de la salud en Chiapas.**

De acuerdo con la terminología médica existen dos términos fundamentales: morbilidad y mortalidad. La primera de ellas se refiere a la proporción de personas que se enferman en un tiempo y un sitio determinado; y la segunda se refiere a la tasa de muertes producidas en una población a lo largo de un periodo de tiempo determinado, en general por una causa determinada. A continuación se desarrolla una escueta reseña de este fenómeno en Chiapas.

Tras hacer una breve descripción y análisis del contexto sociodemográfico es lógico asumir que los componentes de la morbilidad sean predominantemente de origen infeccioso, parasitario y carencial. De sobra es sabido que la morbilidad no tiene una

expresión pura dentro de las estadísticas vitales, excepto en casos particulares donde la población se encuentra cautiva: escuelas, reclusorios y hospitales.

Existen, además de los problemas mencionados, otros problemas específicos en determinadas zonas del estado. Se han controlado, hasta tener incidencias bajas, los dos focos oncocercosos, el de los Altos y el del Soconusco.

El tracoma, importante por su evolución hacia la incapacidad definitiva se ha mantenido en cifras constantes, a pesar de que se trata de una patología con tratamiento específico pero cuyo control radica en la disponibilidad de sistemas de agua entubada.

En algunas regiones como la costa y la selva se ha observado un repunte de casos de paludismo, debido a que se han suspendido las acciones preventivas porque se recortó el presupuesto al programa, desde que se canceló la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo.

En cuanto al Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, HIV/SIDA se está observando una tendencia hacia el incremento de la epidemia a nivel estatal. Por un lado, las condiciones socioeconómicas, demográficas, culturales favorecen la transmisión y dificultan la prevención; por el otro las acciones oficiales emprendidas no alcanzaron los objetivos mínimos de control epidemiológico, además de que favorecen la discriminación social.

El panorama epidemiológico del estado de Chiapas es muy variado, grave al contrastar los recursos disponibles para definir lo que se ha llamado la respuesta social organizada, por su magnitud y trascendencia pues eleva considerablemente el indicador de años de vida potencialmente perdidos.

*Población usuaria de servicios médicos por tipo de institución en Chiapas.*

En la encuesta del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 se preguntó a la población donde se atiende cuando está enferma. Los resultados al respecto muestran que 91.8% de los habitantes de Chiapas, hacen uso de los diversos servicios de salud, sin que exista una gran diferencia por sexo.<sup>82</sup>

Para analizar el comportamiento de los usuarios por institución se integraron en tres sectores: los que asisten a los servicios de la seguridad social, hacen uso de los servicios médicos privados y los que acuden a los servicios disponibles para la población abierta.

Al analizar el comportamiento de la población chiapaneca usuaria de servicios médicos, poco más de la mitad de ambos sexos, acuden a los servicios para la población abierta (SSA e IMSS-Solidaridad), donde 2 de cada 4 personas son atendidas; habrá que recordar que en la entidad, por cada 5 personas 4 son no derechohabientes, por lo que no pueden recurrir a las instituciones de seguridad social. Le siguen los servicios médicos privados, con asistencia de 27.2% de hombres y 26.7% de mujeres. Finalmente, se encuentran los servicios de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM), a los que acuden alrededor del 20%, en ambos sexos.

Cabe señalar que en el país el comportamiento de los usuarios por institución es contrario al que se registra en el estado, es decir, los servicios médicos más utilizados son los que proporcionan las instituciones de seguridad social. En segundo lugar los servicios médicos privados y por último se encuentran los servicios que atienden a la población abierta.

---

<sup>82</sup> INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

## ***Morbilidad.***

### *Principales causas de morbilidad por egreso hospitalario en Chiapas.*

La morbilidad por egresos hospitalarios proporciona información sobre las enfermedades y problemas de salud más atendidos en los hospitales del Sector Salud. Las causas por las que hombres y mujeres llegan a requerir atención hospitalaria son muy diferentes, tanto en monto como en importancia.

En Chiapas en el año 2001, las mujeres representan 81.5% del total de egresos hospitalarios, la mayor parte de éstos se originan por causas relacionadas con el proceso de parto. Entre las principales causas de morbilidad para ellas se encuentran las relacionadas con el parto, embarazo, parto y puerperio, parto único espontáneo y las afecciones obstétricas directas. Mientras que para el caso de los hombres, se encuentran los traumatismos y envenenamientos, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, así como los traumatismos y heridas.

Es importante señalar que la causa de morbilidad generada por infecciones respiratorias agudas se presenta en reducido número de casos (645), de los cuales existe una mínima diferencia entre ambos sexos, ocupando el último lugar clasificatorio de todas las causas descritas.

Otra causa de morbilidad que se presenta con pocos casos, es la neumonía en las mujeres (619) y en los hombres la colelitiasis y colecistitis (542).

### *Morbilidad hospitalaria por tumores malignos en Chiapas.*

La morbilidad hospitalaria por tumores malignos se refiere a los egresos hospitalarios por este tipo de padecimientos durante un año determinado. La detección oportuna, diagnóstico adecuado y tratamiento eficiente de los tumores malignos, se encuentran entre los principales problemas de salud en el estado; cabe señalar que los tumores malignos se presentan en su mayoría en la población adulta.

En el país, en el año 2000, el mayor porcentaje de egresos hospitalarios en los hombres es en primer lugar leucemia (42.2%), segundo, de tráquea, bronquios y pulmón (28%), y en tercer lugar, de estómago (14.3 por ciento). En las mujeres los mayores porcentajes se presentan en tumores del cuello del útero (33.8%), de mama (32.5%) y de leucemia (16.1%), este último en la población femenina ocupa el tercer lugar, en cambio, en la masculina es el primer lugar.

En Chiapas, en el 2000, del total de egresos hospitalarios, una mayor proporción son mujeres, de 72.1%, mientras que en los hombres es de 27.9%, para el caso de las primeras, principalmente egresan del hospital por padecimientos de tumores del cuello del útero (46%), le siguen la leucemia (16.3%) y los de mama (16.2 por ciento).

En el grupo de los hombres, el tumor maligno con mayor porcentaje son las leucemias (47.7%), le siguen las del estómago (25%) y los de tráquea, bronquios y pulmón (14.5 por ciento). El menor porcentaje de egresos hospitalarios tanto en hombres como en mujeres, es el tumor de rectosigmoides, recto y ano, con cifras de únicamente 0.9 y 0.5% en cada sexo.<sup>83</sup>

### ***Mortalidad.***

La mortalidad es un factor de alta incidencia en los fenómenos demográficos de una población, y cuya incidencia es diferencial por edad. Así, el número de defunciones en un momento determinado está en función de la estructura de la población, de los niveles y patrones de causas de muerte, de los avances en materia de salud y en general de los niveles de bienestar alcanzados.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> SSA. Boletín de Información Estadística No. 21. Daños a la Salud, 2001.

<sup>84</sup> INEGI, Gobierno del Estado de Chiapas e Instituto de la Mujer (2005) Mujeres y Hombres en Chiapas.

Sin duda, uno de los logros más importantes alcanzados durante el siglo pasado en el país es el descenso de la mortalidad; con lo cual la vida media de los mexicanos se incrementó de los 46.9 años estimados en 1950 a 75.7 en el año 2001.

En Chiapas durante este mismo periodo, la esperanza de vida al nacer aumentó alrededor de 27 años, alcanzando casi los 73 años en promedio. A lo anterior hay que agregar la reducción del riesgo de fallecer en las edades iniciales, lo cual se observa que en el contexto nacional, prácticamente 98% de los recién nacidos alcanzan su primer aniversario.

Las dos primeras causas de muerte general en 1950, eran la gastroenteritis y la neumonía e influenza; en contraste, durante la década de los noventa, las dos principales causas fueron las enfermedades del corazón y los tumores malignos, lo cual refleja la reducción en la importancia relativa de las enfermedades transmisibles en el perfil de mortalidad del país.

#### *Defunciones en Chiapas.*

El número de defunciones que se produce en una población, depende entre otros factores, de su volumen, su composición por edad, de los sistemas de salud y la calidad de vida de la población. Lo anterior también influye en los tipos de enfermedades que dicha población puede presentar y que pueden ser causas de muerte.<sup>85</sup>

Debido a esto, no es comparable el número de muertes que se produce en el estado de México con el de Chiapas, porque la población del primero es 3.3 veces más que la del segundo, y las estructuras por edad son diferentes, mientras el primero tiene una estructura en proceso de vejez más avanzado, la segunda tiene la más joven de país. Sin embargo, el número de muertes que se produce en cada edad, además de servir para obtener indicadores que sí son comparables directamente, muestra notables

---

<sup>85</sup> INEGI. Estadísticas demográficas. Cuaderno No. 15, 2005.

diferencias por sexo; basta señalar que en el año 2002, se registraron en Chiapas nueve mil defunciones de varones, y poco más de siete mil de mujeres. En la entidad, 37.3% de las defunciones masculinas ocurrieron en el grupo de 65 y más años; en el caso de las mujeres, 45.1% del total de las defunciones femeninas se ubican en ese grupo de edad. Aunque estos indicadores son mayores en el ámbito nacional, con 45.5 y 58.4%, respectivamente.

#### *Mortalidad por causas en Chiapas.*

La reducción de la mortalidad ha traído diferencias en la estructura de las causas de muerte. Estos cambios se manifiestan, por ejemplo en la disminución de las enfermedades infecciosas y parasitarias, en el incremento de las crónico-degenerativas y de las muertes violentas. Sin embargo, hay que agregar que estos cambios tienen sus propias características en cada entidad. Adicionalmente, hay que recordar que las causas de muerte varían dependiendo de la edad y el sexo de las personas<sup>86</sup>.

En el año 2002, en Chiapas, las principales causas de muerte entre los hombres y las mujeres son similares; pero presentan diferencias en el orden de las mismas. De esta manera, los tumores malignos son la primera causa de muerte entre la población femenina del estado, que representa 14.9% con respecto al total de defunciones ocurridas en mujeres, mientras que en los hombres son los accidentes, con 13.6 por ciento. La segunda causa de muerte entre la población masculina y femenina corresponde a las enfermedades del corazón (9.8 y 11.5%, respectivamente) aunque con un mayor porcentaje en las mujeres. Así como en la primera causa de muerte es diferente en mujeres y hombres, también hay diferencia en la tercera, para ellas es la diabetes mellitus, mientras que para ellos son los tumores malignos, con cifras de 11.1

---

<sup>86</sup> INEGI. Estadísticas vitales, 2002. Base de datos.

y 9.3%, respectivamente. En conjunto, las tres primeras causas de muerte agrupan 32.7% de las defunciones masculinas y 37.5% de las femeninas.

#### *Mortalidad de jóvenes en Chiapas.*

Entre los jóvenes chiapanecos de 15 a 29 años, se observa que del total de defunciones registradas para este grupo poblacional, las de los hombres (1 028) duplica al de mujeres (465). Por otra parte, en cuanto a las causas de muerte entre hombres y mujeres se presenta alguna similitud pero con montos muy diferentes, por ejemplo: los accidentes son la principal causa para ambos, aunque hay que destacar que el número de defunciones reportadas para los varones (411) es superior con poco más de cinco veces a las muertes femeninas (78), por esta causa.<sup>87</sup>

Lo anterior, puede explicarse al analizar que las conductas y riesgos son diferenciales por sexo y se reflejan en las principales causas de muerte que afectan a este grupo, de ahí que la segunda causa para los hombres son las agresiones y para las mujeres es el embarazo, parto y puerperio. Dos de las principales causas de muerte para los hombres jóvenes son clasificadas como violentas.

Es importante destacar que entre las principales causas de muerte de los jóvenes se encuentran los tumores malignos, que representan la tercera causa de muerte entre hombres y mujeres, con 5.4 y 8.4%, respectivamente, y en cuarto lugar en los varones se ubica la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana y en las jóvenes aparece en sexto lugar. Es importante señalar que esta causa aparece entre las seis principales en los jóvenes, porque en el resto de las poblaciones no se ubica dentro de las principales.

#### *Mortalidad en edad adulta en Chiapas.*

---

<sup>87</sup> INEGI. Estadísticas vitales, 2002. Base de datos.

En el país, la mortalidad de la población adulta de entre 30 y 59 años de edad, se caracteriza por la adquisición de padecimientos crónicos y degenerativos como principales causas de muerte, mismos que afectan de manera diferencial a la población masculina y femenina. Es importante señalar que de las siete causas de muerte consideradas, la mayoría corresponden a padecimientos de este tipo.<sup>88</sup>

En Chiapas, dentro de las principales causas de muerte de los hombres están los accidentes y las agresiones (como primera y tercera causa); ubicándose en segundo y cuarto lugar, las enfermedades del hígado y del corazón, respectivamente. Pero en el ámbito nacional, los accidentes en la población masculina aunque no ocupan el primer lugar pero si el segundo, es también de las principales causas.

En lo que se refiere a las mujeres, las cuatro primeras causas de muerte entre ellas son: tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades del corazón y del hígado, las cuales alcanzan 46.7% de las defunciones totales de mujeres de 30 a 59 años, así también en el país, son las cuatro primeras causas de muerte de las mujeres pero incluso con una cifra aún mayor al seis por ciento. Es importante mencionar que en cuanto al número de muertes causadas por accidentes, se observa que es seis veces más en los hombres que en las mujeres.

#### *Mortalidad por tumores malignos en Chiapas.*

En el análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se indica que desde la edad madura hasta la vejez, la principal causa de muerte es por lo general el cáncer en el caso de las mujeres y las cardiopatías en el caso de los hombres. El cáncer resulta ser una enfermedad que afecta tanto a hombres como a mujeres, pero es mayor su presencia en la población femenina.

---

<sup>88</sup> INEGI. Estadísticas vitales, 2002. Base de datos.

En el 2002, en el estado de Chiapas se registran un total de mil 922 defunciones por tumores malignos, de los cuales, 54.9% corresponde a las mujeres; los tumores con mayor incidencia en ellas son los del cuello del útero (18.9%), estómago (12.9%) e hígado (11 por ciento). En los hombres, las principales causas de muerte son cáncer de estómago (17.5%), seguido por el de próstata (14%) y el de hígado (10.8 por ciento).<sup>89</sup>

En los otros tipos de cáncer, tanto en hombres como mujeres, las proporciones son menores al 10 por ciento. También hay que señalar que dentro de las principales defunciones por tumores malignos, tanto en hombres como mujeres, están las relacionadas con cada sexo como son: cuello del útero, mama y ovario en las mujeres y en los hombres la próstata. Por otra parte en los varones se encuentran los tumores de laringe y linfoma no Hodgkin, y que no se presentan en las mujeres.

#### *Mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas en Chiapas.*

En Chiapas, durante el 2002 la enfermedad crónica degenerativa principal es la diabetes mellitus, que en promedio registra 53.3 muertes, seguida de las del corazón con 48.4. Por sexo, los hombres mueren en mayor medida (58.1) por enfermedades del corazón, la cual se asocia a la inactividad física, tabaquismo, sobrepeso e hipertensión arterial; en cuanto a las mujeres, es la diabetes mellitus la causa de más decesos, con una tasa de 56.8, siete más que la de los varones.<sup>90</sup>

En lo que se refiere a la cirrosis hepática, que se produce por infecciones virales, exposición a sustancias tóxicas como el alcohol o a problemas nutricionales, en la entidad la tasa que registran los hombres es de 43.8 y de las mujeres es de 20 fallecimientos. Finalmente, la tasa de enfermedades cerebrovasculares (que es la segunda causa de muerte a nivel mundial y que producen el mayor número de

---

<sup>89</sup> INEGI. Estadísticas vitales, 2002. Base de datos.

<sup>90</sup> SSA. Salud: México 2002.

discapacitados en la población mayor de 60 años) en Chiapas, es en promedio la de menor incidencia, pero en la que son también los hombres los que superan a las mujeres, en alrededor de 4 defunciones.

Así, en la tasa de mortalidad por esas enfermedades, únicamente en diabetes mellitus las mujeres registran una mayor cifra; por el contrario, en cirrosis hepática, los hombres registran cifras superiores, de alrededor de 24 muertes más que las mujeres. En el ámbito nacional, el comportamiento es similar, aunque con cifras superiores en casi todos los tipos de enfermedades, en los hombres oscilan entre 39.1 y 83.1 muertes y en las mujeres de 14.6 y 83.3 decesos.

### ***Esperanza de vida***

#### *Esperanza de vida al nacimiento por sexo y su evolución.*

La esperanza de vida al nacer, se refiere al número de años que en promedio se espera viva un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesto a los riesgos de muerte observados para la población en su conjunto, en un periodo determinado. En Chiapas en 1950, las mujeres vivían en promedio 46.8 años, mientras que los hombres tenían una vida media de 44.1 años, lo que se traducía en una diferencia de 2.7 años menos para los varones.<sup>91</sup>

El mejoramiento de las condiciones de salud, los adelantos en la medicina, la mayor cobertura de los servicios médicos y las campañas de vacunación, han contribuido al descenso de la mortalidad que ha experimentado la población en la entidad, y se ha traducido en una ganancia sostenida en la expectativa de vida de las personas. Durante los últimos 32 años la esperanza de vida de los chiapanecos se incrementó en 21.6 para las mujeres y 18.3 para los hombres. En esta transición, la brecha que separa la esperanza de vida femenina y masculina se ha ampliado, lo cual

---

<sup>91</sup> CONAPO. México demográfico. Breviario. Proyecciones de población de México 2000-2030.

para el año 2002 existe una diferencia en favor de las mujeres de más 5 años, mientras que en 1950 ésta era de 2.7 años.

#### *Esperanza de vida en Chiapas.*

La esperanza de vida es una medida resumen del nivel de mortalidad, que permite caracterizar las condiciones de bienestar de la población. La prolongación de la vida media de las personas refleja las tendencias generales en el mejoramiento de las condiciones de salud, las cuales responden tanto a los factores socioeconómicos que rodean a la propia población, como a los estilos de vida.<sup>92</sup>

En el ámbito nacional, la esperanza de vida al nacimiento es de 74.6 años. En las entidades con menores niveles de bienestar como Chiapas, la esperanza es 1.7 años menor a la del país. La brecha entre el Distrito Federal y Chiapas, entidades con la mayor y la menor esperanza de vida de su población, es de 3 años.

#### *Esperanza de vida por entidad federativa*

La siguiente tabla da a conocer con precisión que la población del estado de Chiapas, es la de menor esperanza de vida en relación con los demás estados del país.

---

<sup>92</sup> CONAPO. Proyecciones de población de México, 2000-2030.

<u>Entidad Federativa</u>	<u>Total</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>74.6</b>	<b>72.1</b>	<b>77.1</b>
<b>Distrito Federal</b>	<b>75.9</b>	<b>73.5</b>	<b>78.2</b>
Baja California	75.9	73.7	78.1
Nuevo León	75.6	73.2	78.0
Coahuila de Zaragoza	75.4	73.0	77.8
Chihuahua	75.5	73.2	77.8
Baja California Sur	75.2	72.7	77.7
Aguascalientes	75.3	72.9	77.7
Sonora	75.3	72.9	77.6
Jalisco	75.2	72.8	77.6
México	75.1	72.7	77.5
Colima	75.1	72.7	77.5
Tamaulipas	75.0	72.6	77.4
Quintana Roo	74.9	72.5	77.3
Morelos	74.9	72.5	77.3
Tlaxcala	74.7	72.1	77.2
Sinaloa	74.4	72.2	77.1
Querétaro de Arteaga	74.6	72.2	77.1
Nayarit	74.5	72.1	77.0
Durango	74.5	72.1	77.0
Guanajuato	74.5	72.1	76.9
Michoacán de Ocampo	74.3	71.8	76.7
Puebla	74.1	71.5	76.7
Zacatecas	74.2	71.8	76.6
San Luís Potosí	74.1	71.6	76.6
Yucatán	74.1	71.6	76.6
Tabasco	74.0	71.5	76.5
Campeche	74.0	71.6	76.5
Hidalgo	73.8	71.2	76.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	73.7	71.1	76.3
Guerrero	73.2	70.5	75.9
Oaxaca	73.2	70.5	75.8
<b>Chiapas</b>	<b>72.9</b>	<b>70.3</b>	<b>75.6</b>

Cuadro 7. Esperanza de vida por Entidad Federativa

### ***Embarazos de alto riesgo en Chiapas.***

Los embarazos de alto riesgo se relacionan con sucesos como el primer embarazo, la historia de numerosos partos y embarazos, la falta de maduración del aparato reproductor en las mujeres jóvenes, el desgaste del aparato reproductor de las

embarazadas de mayor edad y la terminación del embarazo por aborto. Estas situaciones inciden en el aumento de la mortalidad materna del país.

El estado de Chiapas ocupa el tercer lugar en cuanto a embarazos de alto riesgo se refiere, con 17.2% después de Campeche con 18.2% y Guerrero con 17.5 por ciento. Existe una situación preocupante por la gran disparidad que se registra entre las entidades, y quizás puede ser la pauta para revisar o conocer las causas de esa gran desigualdad entre las mujeres embarazadas del estado y la de los estados como Morelos y México, donde menos del 4% de las mujeres embarazadas que se atendieron registran embarazos de alto riesgo.<sup>93</sup>

#### **4. Evolución y situación actual del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.**

##### ***4.1 Evolución del Hospital General Regional.***

En la última década del siglo XIX existió una junta de beneficencia, integrada por las personas más distinguidas de la Ciudad de Tuxtla a saber; Don Ciro Farrera, don José Inés Cano, quien después fuera Gobernador del Estado, don Modesto Cano, Lic. Rafael Gutiérrez y su hermano Rodolfo, doctores Arturo G. Serrano y Domingo Chanona; don Rafael Vila y don Martín Burguete. Esta junta estaba presidida por el Sr. Felipe Selvas y quienes aportaron un capital que pusieron a rédito para que con ello hicieran obras de caridad a los enfermos.

Consiguieron una casa rentada ubicada en la calle Larrainzar y Avenida el Mártir (4ª Calle Oriente y 2ª Avenida Sur) y le pusieron como nombre “CASA DE LA CARIDAD”.<sup>94</sup> Por el año de 1895, siendo gobernador del Estado el Coronel Francisco

---

<sup>93</sup> SSA. Boletín de Información Estadística No. 22. Daños a la Salud, 2002.

<sup>94</sup> Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”. Junio de 2005.

León, utilizó el lugar que ocupaba la Casa de la Caridad para construir la Comisaría, la Cárcel y el Juzgado Penal por lo que la Casa de la Caridad fue trasladada en la esquina de la Calle Real y Calle Colón, actualmente Avenida Central y 4ª Calle Poniente.

Como la casa de la caridad ya no llenaba las exigencias necesarias, el Sr. Gobernador Francisco León adquirió un terreno en las afueras de la Ciudad, por el lado Sur colindando con la calle Gamboa, hoy 2ª Calle Poniente y la última Avenida de la ciudad 9ª Avenida Sur o Periférico; muy cerca del Barrio “El Jocotal”.

El primer Hospital que tuvo Tuxtla, fue construido con muros de adobe de muy buena tierra, con suficiente paja, bien hecha y muy resistente, su techo con tejas de barro; su armadura de maderas muy bien seleccionadas, de esas cortadas en el mes de Octubre, muy resistentes a la polilla. Dicho Hospital fue inaugurado el 15 de Septiembre del año 1899, siendo Presidente Municipal el Sr. Ponciano Burguete. La junta de caridad dejó de funcionar y entregó al Gobierno del Estado los fondos que tenían recaudado y que eran catorce mil pesos.

El Doctor Domingo Chanona fue el primer Director del nosocomio sin remuneración alguna, sirviendo a los necesitados con mucha eficiencia y humanismo por lo que el 22 de Noviembre del año 1912 se le rindió un homenaje bien merecido exaltando su filantropía, desde entonces el Hospital llevó el nombre de su benefactor “Hospital Dr. Domingo Chanona”.

En los años de 1940-1944, siendo Gobernador del Estado el Dr. Rafael Pascacio Gamboa, manda a derribar el caserón ya viejo y da principio a la construcción de otro hospital más moderno y funcional y para el cual hubo necesidad de adquirir terrenos adyacentes. Cabe hacer mención de que este nuevo hospital, se construyó con la cooperación de un 50 por ciento de la Secretaría de Asistencia Pública y el otro 50 por ciento el Estado y parte de un legado que dejara el extinto y eminente Doctor Grajales.

Este nuevo hospital costo la cantidad de Quinientos mil pesos y fue inaugurado por el Secretario de Asistencia Pública Dr. Gustavo Baz, en octubre de 1944 y siguió llamándose Hospital “Dr. Domingo Chanona”.

Siendo presidente de la república el Sr. Adolfo Ruíz Cortínes y Gobernador del Estado el Lic. Efraín Aranda Osorio, se construyeron nuevas plantas bajo la Dirección Técnica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y equipadas por la Dirección de la Lotería Nacional. Este nuevo centro de salud fue inaugurado en el año de 1958 con el nombre de: Hospital General.

En el año de 1940 el Hospital otorga el servicio de maternidad, iniciando funciones en 1943 en el edificio que hoy ocupa la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas. En 1962 se construye la torre del Hospital General funcionando con 85 camas, ésta unidad hospitalaria cambio su ubicación en noviembre de 1965, al edificio que se encuentra en la 9ª Sur y 2ª Oriente, siendo considerado a partir de este momento Hospital General Regional (HGR) y como Director del mismo el Dr. Romeo Rincón Castillejos.

En 1971 se inicia la construcción del Hospital Infantil en el predio ubicado en 9ª Sur y Calle Central s/s. En 1973 se inicia la construcción del Hospital Materno Infantil con 50 camas. En 1977 debido a las necesidades de atención médica en la población se adapta a unidad materno infantil de 50 camas, sin embargo es hasta el 1º de Julio de 1982 que se inaugura esta Unidad.

Debido al deterioro del Hospital General Regional, se cierra en 1985 para ser rehabilitado, pasando todos los servicios hospitalarios a la unidad materno infantil con 70 camas.

Por incremento de la demanda de servicios hospitalarios, en 1988 se realiza la reapertura del Hospital General Regional y se integran los servicios de Quirófanos, un

tercer piso con 30 camas y se proporciona consulta Externa de Especialidad. A partir del 1º de Enero de 1991, el Hospital General Regional, empieza a funcionar con dos edificios: El primero de 4 pisos, con: Quirófano, una sala de Cirugía, una sala de Medicina Interna, una Unidad de Cuidados Intensivos, el área de Displacia, la Central de Equipo y Esterilización (CEYE), y el segundo edificio el Hospital Materno Infantil, que aloja: Dos Quirófanos, un área de Pediatría, un área de Neonatos, área de Ginecoobstetricia y actualmente Urgencias Pediátricas, Toco Cirugía, y Urgencias Ginecológicas.

En 1993 se inicia la remodelación del bloque intermedio que une la Torre con el Hospital Materno Infantil, y en el año de 1997 el Hospital General Regional se amplía a 140 camas censables.

En el 2003, se realiza la remodelación de los servicios: Primer contacto, Shock-trauma, Observación adulto, Observación pediátrica, Áreas quirúrgicas de urgencias, Terapia intermedia, Terapia intensiva, Recuperación posquirúrgica y Anestesiología y Urgencias Ginecológicas.

Concentrado de los diferentes nombres que ha tenido el hospital y los nombres de los médicos que lo han dirigido desde su creación.

“Hospital civil” antes “casa de la caridad San Juan Bautista de Dios” (1899-1944),  
Inaugurado el 15 de septiembre de 1899.

Directores:

Dr. Domingo Chanona Rodríguez.

Sr. Pomposo Paniagua (Médico de los pobres)

Dr. Manuel Sirvent Ramos.

Hospital “Dr. Domingo Chanona” (1944-1964), Inaugurado el 31 de Octubre de 1944.

Directores:

Dr. Jose Esquinca Aguilar.

Dr. Rodolfo Jiménez Gamboa.

Dr. Jesús Cancino Casahonda.  
Dr. Fernán Pavía Calvo.  
Dr. Alfonso Gutiérrez Serna.  
Dr. Gilberto Espinoza Ramírez.

Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, Inaugurado el 25 de  
Noviembre de 1964.

Directores:  
Dr. Romeo Rincón Castillejos.  
Dr. Francisco García Yáñez.  
Dr. Romeo Escobar Hernández  
Dr. Gustavo Coutiño Villafuerte.  
Dr. Julio Sánchez Farrera.  
Dr. Octavio Godoy Godoy.  
Dr. Rubén Ovando Araujo.  
Dr. Humberto Camacho Pascacio.  
Dr. Francisco Orantes Peña.  
Dr. Guillermo Palacio López.

Hospital Materno Infantil, inaugurado el 1 de Julio de 1982.

Directores:  
Dr. R. Alejandro Robles Nucamendi.  
Dr. Daniel Zavaleta López.  
Dr. Marco Morales Ramos.  
Dr. Marco Antonio Castillejos Paz.  
Dr. Jorge Luis Bermúdez Dávila.  
Dr. Germán Muench Navarro.  
Dr. José Trinidad Aceves López.  
Dr. Francisco Castellanos Coutiño.

#### **4.2. Conceptos y definiciones relativas al objeto de estudio.**

El hospital puede ser estudiado en su forma institucional y en su forma organizacional,<sup>95</sup>  
el presente estudio es abordado considerando algunos aspectos de ambas formas. En  
principio comenzaremos definiendo los términos hospital, hospital general y hospital  
general regional.

---

<sup>95</sup> Rendón, M. (2005) *Evolución y cambio del hospital: una doble aproximación*. UAM-I. México.

**Hospital.** De acuerdo con el artículo 69 del Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica,<sup>96</sup> se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación.

**Hospital General.** El artículo 70 del citado Reglamento<sup>97</sup> precisa que los hospitales se clasifican atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en, y define al Hospital General como el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización. El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de Cirugía General, Ginecoobstetricia, Medicina Interna y Pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama. Además deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica.

**Hospital General Regional.** Se ubica en puntos estratégicos de las regiones, considerando las necesidades sanitario-asistenciales de la población, los medios de comunicación y la disponibilidad de los recursos de salud, de tal forma que sean tributarias de hospitales de tercer nivel.

Su estructura arquitectónica y el equipamiento estarán de acuerdo con las normas emitidas por la Secretaria de Salud. Siendo conveniente insistir que los

---

<sup>96</sup> Diario Oficial de la federación del 14 de mayo de 1986.

<sup>97</sup> Ídem.

recursos materiales utilizados, deberán de asegurar las condiciones óptimas de mantenimiento y la existencia suficiente de refacciones.

Los pacientes serán internados solamente con camas de las cuatro especialidades básicas: Cirugía, Ginecoobstetricia, Medicina interna y pediatría. Sin menoscabo de que en ellas se atiendan enfermos de sus correspondientes especialidades de rama. las habitaciones del cuerpo médico interno, no estarán integradas físicamente al área hospitalaria.

### ***Clasificación de los niveles de atención***

Los servicios públicos de Salud en Chiapas son responsabilidad de distintas dependencias. Las instituciones que dan servicio a los derechohabientes son: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSSTECH). Las instituciones que brindan atención a la población abierta –es decir, a los no derechohabientes- son: El Instituto de Salud del Estado de Chiapas, el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Sistema IMSS-COPLAMAR y la Delegación de la Cruz Roja. Todas estas instituciones integran el Sector Salud en Chiapas.

La Ley establece que el Instituto de Salud del Estado de Chiapas, comprende la atención médica, salud pública y asistencia social, y que estos servicios podrán ser prestados por particulares, organizaciones sociales y dependencias públicas, en beneficio tanto de la población asegurada como de la no asegurada.

En la actualidad, las diferentes instituciones prestadoras de servicios de Salud han definido y puesto en práctica, con grados diversos de avance y extensión, una organización de los servicios en tres niveles generalmente aceptados.

**Primer nivel.** Los servicios de salud que se ofrecen en este nivel ocurren en localidades urbanas, semiurbanas y rurales. Estos servicios primarios pueden prestarse en el hogar, clínicas, consultorios y unidades localizadas a menudo, cerca del sitio donde viven o trabajan las personas. En este nivel la participación comunitaria es indispensable para que los servicios aseguren su impacto en la población.

Como elemento estratégico fundamental se incluye la colaboración de personal voluntario –auxiliares y promotores de Salud, y recursos médicos tradicionales de la comunidad- que, emanado de las propias localidades, desempeña actividades sencillas y acordes con su nivel social, cultural y educativo, siempre en estrecha relación con el equipo de Salud, del que recibe capacitación, supervisión y asesoría continua. El primer nivel constituye la puerta de entrada a los servicios de Salud y comprende, por tanto, acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente.

Los servicios están enfocados a preservar la salud con actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica y planificación familiar, así como diagnóstico y tratamiento oportuno de aquellos padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible mediante atención ambulatoria, basada en una combinación de acciones y recursos de poca complejidad técnica.

**Segundo Nivel.** La red de unidades de este nivel esta integrada por los hospitales que se ubican, fundamentalmente, en localidades rurales concentradas y urbanas. Se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de aquellos que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado en las cuatro ramas básicas: Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna, así como servicios correspondientes a otras subespecialidades que integran cada área, en función de su

demanda. Se efectúan, además, acciones de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario, en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

**Tercer nivel.** Los usuarios que llegan a este nivel de atención hospitalaria provienen, la mayoría de las veces, del primero y segundo nivel. Aquí se llevan a cabo acciones para reparar los daños provocados por enfermedades poco frecuentes y que requieren del empleo de recursos de alta complejidad y costo para su diagnóstico y tratamiento. Por esta razón, este servicio se presta en unas cuantas ciudades del país donde ha sido factible establecer estos hospitales. Asimismo, en este nivel se realizan funciones de apoyo especializado a la vigilancia epidemiológica y a la regulación y fomento sanitario, e incluye actividades de investigación clínica.

En lo que se refiere a la atención de segundo y tercer nivel, los esquemas son parecidos, tanto en instalaciones como en recursos. Para que estos tres niveles funcionen se debe disponer de una red de unidades amplia, flexible y adecuadamente enlazada por un sistema de referencia y contrarreferencia que permita a los usuarios su tránsito en ambos sentidos de esa red dependiendo de las necesidades de atención que el paciente requiere.

Los servicios mínimos de atención que se deben prestar en este sistema consisten en lo siguiente: el esquema básico de inmunizaciones; la atención del embarazo, parto y puerperio; los servicios al binomio materno-infantil y la detección y tratamiento oportuno de padecimientos, del más sencillo al más complejo.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Universidad Autónoma de Chiapas, (1988). *Bienestar Social, Cambio Estructural en Chiapas: Avances y perspectivas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México. Pp. 291-292

## **Funciones de un hospital<sup>99</sup>**

De acuerdo con la Federación Latinoamericana de Hospitales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptando un enfoque sistémico, los hospitales forman parte de una red de servicios de atención de la salud, asociados geográficamente, ya sea por una organización planificada o como consecuencia de un ordenamiento espontáneo de los factores asistenciales existentes. Este criterio, que abarca la totalidad de la oferta de servicios disponibles en un territorio determinado, ha sido denominado "sistemas locales de salud" (SILOS).

En este contexto debe enunciarse el papel específico que deben cumplir los establecimientos hospitalarios, en el sentido amplio con que se han definido:

- **Atención médica continuada:** concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrar rápidamente el paciente a su medio;

- **Atención médica integrada:** constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente;

- **Atención médica integral:** dado que la pertenencia del establecimiento a una red, garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver cada caso;

- **Área programática:** el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones;

---

<sup>99</sup> Federación Latinoamericana de Hospitales y OPS/OMS (1992) *Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*. 17.

- **Efectos de los programas de salud:** el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

Ante la necesidad de resolver las complejas situaciones de salud de la población, entre las cuales podemos hacer énfasis en el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, de problemas asociados a la industrialización y urbanización, de la prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza y de la insuficiencia de recursos para satisfacer la creciente demanda, México requiere de importantes transformaciones en el sistema de salud para responder a los retos presentes y futuros. Por tal motivo en la reforma del Sistema Nacional de Salud (1995-2000), se incluyeron programas dirigidos al mejoramiento de la calidad de la atención, sustentados en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo con los propósitos fundamentales de lograr equidad, eficiencia y calidad.

En estas circunstancias, los hospitales juegan un papel importante, ya que en ellos se atienden y resuelven muchos de los problemas citados.

El funcionamiento de los hospitales mexicanos se ha hecho cada vez más competitivo, particularmente en el sector privado, aunque también existen tendencias en la misma dirección en las instituciones del sector público, tanto por exigencia de los usuarios de los servicios y de los terceros pagadores, como por la necesidad permanente de proteger la salud de los mexicanos incorporada como un derecho en la constitución.

#### **4.3. Características del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.**

El hospital es de categoría de segundo nivel responsable de las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo daños de mediana complejidad; para ello, debe

contar con recursos humanos y tecnológicos especializados para atender y resolver los problemas médico-quirúrgicos de la demanda de atención médica y que no es posible solucionar en el primer nivel. La atención médica se proporciona a través de los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

Desde el punto de vista de atención restauradora, las actividades comprenden el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación integral.

La atención preventiva se realiza con actividades de promoción a la salud, entre las cuales destacan las de educación para la salud, sin abandonar aquellas que tradicionalmente se han manejado en el interior del hospital como: Vigilancia epidemiológica, reporte de enfermedades transmisibles y prevención específica.

La formación y desarrollo de su personal que brinda atención a la salud, así como la investigación, son estimuladas sin interferir en las actividades asistenciales, que son prioritarias.

El funcionamiento del HGR., está integrado al Sistema Nacional de Salud, mediante apropiados procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes y de coordinación interinstitucional.

En su funcionamiento, el HGR cuenta con un patronato, consejo técnico y comités técnicos, como órganos de apoyo y consulta de la dirección; también cuenta con asistentes de la dirección, subdirectores médicos y administrativos que deben contribuir a incrementar la eficiencia y productividad específica de la unidad hospitalaria.<sup>100</sup>

### ***Objetivo General del HGR.***

El objetivo central del Hospital General Regional es: “Brindar atención médica preventiva, curativa y rehabilitadora a la población en su área de responsabilidad a

---

<sup>100</sup> Secretaría de Salud. *Manual de contenido múltiple del Hospital General* (1989).

través de los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización; participar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud; y contribuir en los programas de investigación básica, clínica y socio médica del sector salud”.

**MISIÓN.** La razón de ser de ésta organización hospitalaria es:

“Brindar servicios integrales de salud hospitalaria de segundo nivel a toda la población a toda que acuda para prevenir la enfermedad, restaurar y preservar la salud con oportunidad, eficiencia y humanismo. Además de la formación de recursos humanos de excelencia en las ciencias de la salud, mediante la educación continua e investigación”.<sup>101</sup>

**VISIÓN.** Los esfuerzos de esta organización están orientados a:

“Conformar un centro de asistencia hospitalaria de excelencia que otorgue servicios de salud de calidad, líder en enseñanza, capacitación continua e investigación”<sup>102</sup>.

**Estructura Orgánica.**<sup>103</sup> El HGR está organizado de la siguiente forma:

**Un cuerpo de gobierno,** integrado por:

Junta Directiva. La junta directiva está formada por las autoridades sanitarias de las jurisdicciones y de otras unidades hospitalarias existentes en su área de influencia. Será presidida por el director del hospital o por el jefe de la jurisdicción a que corresponda la unidad.

Director. Representa el más alto nivel de ejecución y decisión del hospital.

Subdirector médico. Es el responsable ante la dirección, de la organización y buen funcionamiento de los servicios médicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y paramédico del hospital.

---

<sup>101</sup> Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”. (2006).

<sup>102</sup> Ídem.

<sup>103</sup> Ob. Cit. *Manual de contenido múltiple del Hospital General* (1989).

Subdirector administrativo. Es el responsable de la organización y buen funcionamiento de los servicios administrativos y generales del HGR.

Asistentes de la dirección. Son los encargados de suplir y asesorar a la dirección en las acciones de administración hospitalaria, para garantizar niveles óptimos de atención médica.

**Órganos consultivos.** El HGR cuenta con los siguientes órganos de consulta:

Patronato. Está integrado por: un presidente, un secretario, un tesorero y por los vocales, que designen las autoridades federales o estatales de salud, entre personas de reconocida honorabilidad pertenecientes a los sectores sociales y privado o de la comunidad en general, con conocimiento y vocación de servicio en instituciones hospitalarias.

Consejo técnico. Es un cuerpo colegiado para asegurar técnicamente a los órganos de gobierno del hospital.

Comités Técnicos. Los Comités Técnico Médicos Hospitalarios se constituyen como órganos de asesoría para el Cuerpo de Gobierno del Hospital, cuya misión es contribuir a mejorar el desarrollo de los servicios de la unidad hospitalaria, mediante acciones que favorezcan la operación, la implantación de recomendaciones específicas y procedimientos técnico administrativos. Se integran por grupos interdisciplinarios de profesionales de reconocida capacidad en materias específicas dentro del ámbito hospitalario, el número de sus miembros varía según la complejidad de la unidad.

Su propósito fundamental es analizar los diversos aspectos de la atención médica que se otorga en la unidad y verificar el cumplimiento de los criterios, procedimientos y normas establecidas.

Su funcionamiento permite la detección de problemas mediante consenso de sus integrantes, establece las medidas de corrección para mejorar la eficiencia y eficacia de la operación, así como la evaluación de los resultados alcanzados.

En diversas unidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud se han identificado más de 30 Comités que multiplican y fragmentan el trabajo hospitalario, por lo que se ha hecho una integración a seis Comités que abarcan los asuntos más importantes que deben instaurarse como obligatorios en la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud, y son:

- Comité de Calidad de la Atención Médica.
- Comité para la Detección y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal.
- Comité de Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastre.
- Comité de Insumos.
- Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.

Considerando los criterios de ética, ninguno de los comités está autorizado a divulgar información relacionada con algún caso estudiado, excepto por disposición legal, ni dar a conocer a personas ajenas a la institución los nombres del personal que intervino. Su papel es estrictamente científico y confidencial.

La organización y funcionamiento de los comités tiene carácter obligatorio y su operación puede adaptarse al grado de complejidad de la unidad.

Los comités tienen las siguientes funciones genéricas:

- Aportar los elementos para la identificación de áreas de coordinación entre los servicios y mantener una interrelación entre ellos.

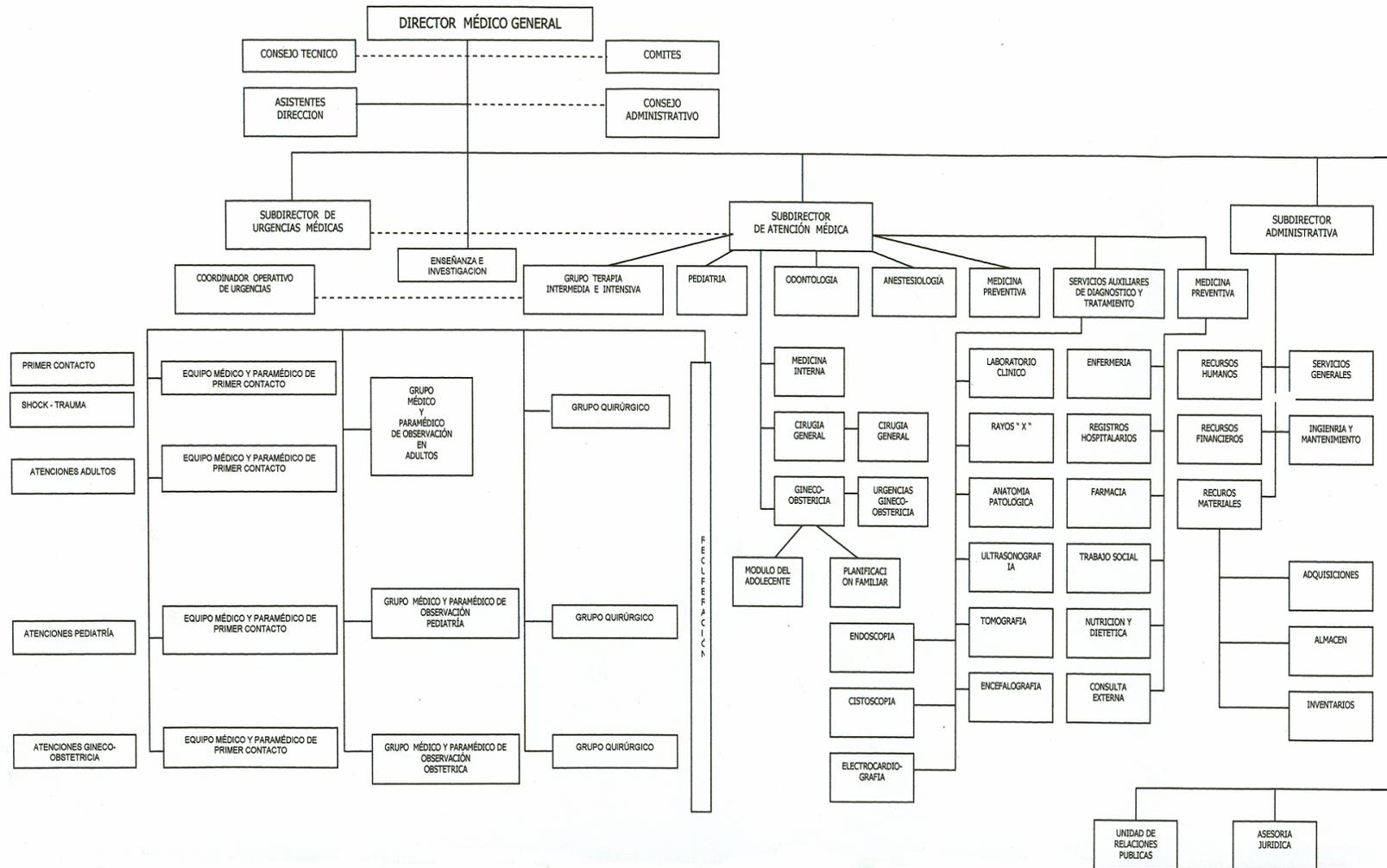
- Desarrollar los mecanismos para establecer un diagnóstico integral y tomar decisiones orientadas a mejorar la organización y funcionamiento hospitalario en servicios y áreas críticas.
- Jerarquizar los problemas detectados.
- Definir las estrategias necesarias para resolver los problemas identificados.
- Establecer la metodología y las acciones necesarias para operar las estrategias.
- Llevar a cabo el seguimiento y evaluación de las acciones.
- Coadyuvar en la mejoría de la calidad que se ofrece a los usuarios de la unidad hospitalaria que se trate.<sup>104</sup>

En la siguiente gráfica se muestra la estructura general del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.

---

<sup>104</sup> Instituto de Salud (1999) Comités Técnico Hospitalarios. Lineamientos para la Organización y Funcionamiento. P.p. 7-8

# HOSPITAL GENERAL REGIONAL "DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA"



Gráfica 2. Estructura General. Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa"

## PERSONAL.

Como toda organización, la dinámica del HGR es ejercida por su personal, una vez analizado los órganos de gobierno y establecido el organigrama general del HGR, a continuación se procede a analizar su plantilla de personal y la correspondiente área de adscripción.

El HGR cuenta con un total de 1,155 trabajadores, de los cuales 813 corresponden al área médica y 342 al área administrativa; distribuidos de la siguiente forma.<sup>105</sup>

### AREA MEDICA

Médicos		Enfermeras		
Especialistas	Generales	Especialistas	Generales	Auxiliares
204	38	127	295	92

### Químicos, Nutriólogos y Técnicos

Químicos	Técnicos Laboratoristas	Técnicos Radiólogos	Técnico electro- Diagnostico	Técnico Optometrista
13	26	15	1	1

Nutriologo
1

### Médicos especialistas

Epidemiólogos	Ginecólogos	Hematólogo	Anestesiólogos	Cirujanos
5	21	1	36	19
Cirujanos Maxilofaciales	Cirujanos Plásticos	Cirujanos Proctólogos	Cirujano Tórax	Cir. Cardiólogo Pediatra
2	2	2	1	1
Cirujano Oncólogo	Cirujanos Dentistas	Cirujanos Dentista esp.	Cirujanos Traumatólogos	Cir. Traumatólogos Ortopedistas
1	5	2	9	2
Cirujanos Generales	Cirujanos Pediatras	Perinatologo	Encefalografista	Endoscopista
2	2	1	1	1
Histotec- Nologos	Médicos Internistas	Médicos Intensivistas	Médicos espec. Urgencias	Neurocirujanos
2	18	3	9	3

<sup>105</sup> Fuente: Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", (2006).

Oftalmólogo	Oncólogo	Otorrinola- rinólogo	Neuro- pediatra	Proctólogo
1	1	1	1	1
Psicólogo Clínico	Psicoterapeuta	Psiquiatra	Urólogos	Patólogo
1	1	1	2	1
Dermatólogos	Pediatras	Pediatras Neonatólogos	Gastroenterólogo	Neurólogo
3	33	2	1	1
Psicólogos				
2				

### AREA ADMINISTRATIVA

Contador publico (Admor. Hosp.)	Abogado	Administrativo	Auxiliares Administrativos	Trabajadores Sociales	Oficiales Mantto.
1	1	1	99	26	2

Auxiliares de Mantenimiento	Capturistas	Secretarias	Recepcionistas	Cajeros	Afanadoras
24	19	33	2	12	11

Paramédicos (camilleros)	Chóferes	Auxiliares de Cocina	Cocineras	Lavanderas	Jardinero
36	4	37	9	22	1

Costureras
2

Cuadro 8. Plantilla de personal

### EQUIPO

El inventario de camas, instalaciones, equipo y laboratorios médicos; desempeña un papel decisivo en la prestación de los servicios a la salud que brinda el HGR a la población demandante. Las cifras del inventario corresponden al mes de julio de 2006.<sup>106</sup>

<sup>106</sup> Ídem.

La relación entre las 140 camas censables que posee el HGR y la población de responsabilidad –total de habitantes de los 22 municipios de la jurisdicción I – del HGR es de 7,542 habitantes por cada cama del hospital, como se expone a continuación.

Relación No. camas/población		
Número De Camas	Población de responsabilidad	No. de habitantes por cama
140	1,059,206 <sup>107</sup>	7,542

Cuadro 9. Relación No. camas/población.

A decir de los médicos del HGR, a una unidad hospitalaria se le asigna su presupuesto en función al número de camas censables que posee, las no censables no son consideradas en la asignación del presupuesto porque deben ser utilizadas transitoriamente sin generar ningún tipo de gastos.

El HGR cuenta con 140 camas censables y 73 no censables, distribuidas de la siguiente forma.

Camas censables			
Cirugía	Medicina interna	Gineco-obstetricia	Pediatría
42	20	37	41

Cuadro 10. Camas censables

Camas no censables									
urgencias							unidad de		Gineco-obstetricas
Pedia-tricas	Adultos	1 er. contacto	Hidra-tación	Shock	Quiro-fano	Consul-torio de urgencias	Cuida-dos inten-sivos	Tera-pia inten-siva	
19	15	11	4	2	2	2	7	4	7

Cuadro 11. Camas no censables

<sup>107</sup> INEGI. Censo de población y vivienda, 2005.

La capacidad de instalaciones, equipo y laboratorios médicos que posee el HGR se manifiesta en los siguientes cuadros.

Instalaciones, equipo y laboratorios médicos					
consultorios	no. de quirófanos	no. de salas de expulsión	no. de ambulancias	otros vehículos	peines de laboratorio
36	12	1	4	4	6

Cuadro 12. Instalación, equipo y laboratorios médicos.

Imagenología				
equipo de rayos x Fijos	equipos raxos x portatil	ultasonidos	mastografo	tomografo
2	4	3	1	1*

\* descompuesto desde hace 4 años.

Cuadro 13. Imagenología.

#### 4.4 La atención a la salud en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.

La salud es uno de los principales derechos de los seres humanos, su conservación es prioridad de las organizaciones de la atención a la salud.

La atención a la salud proporcionada por el HGR, ha evolucionado a través de los años, la actualización permanente de la capacidad profesional de su cuerpo médico y la tecnología que posee, han contribuido a brindar atención a la demanda de la población.

A continuación se presentan diferentes concentrados que reflejan los resultados de los servicios proporcionados por el Hospital durante los años 2001 al 2005.<sup>108</sup>

<sup>108</sup> Fuente: Hospital General Regional “ Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.

*Camas reales e índice de rotación.*

	2001	2002	2003	2004	2005
Camas Reales	140	145	168	200	241
Índice de Rotación por cama	78.91	90.37	84.71	89.83	85.82

Cuadro 14. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.

El HGR es un hospital de segundo nivel de 140 camas censables, en el 2005 tuvo una ocupación de 241 camas, mostrando un crecimiento constante en la ocupación de camas, hasta ocupar 101 camas más en el 2005; el índice de rotación refleja que 86 pacientes ocuparon la misma cama en el año de 2005, mostrando un comportamiento alternativo en los años anteriores.

*Consulta Externa y Consulta Especializada.*

	2001	2002	2003	2004	2005
Total Consulta Externa	51,513	56,997	57,238	59,244	63,381
Consulta Especializada	36,853	41,998	42,490	49,160	54,092

Cuadro 15. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.

El total de consultas externas proporcionadas, se incrementó en un 23 por ciento, de 51,513 en el 2001 a 63,381 en el 2005, mostrando un comportamiento en ascenso permanente. De la última cifra, 54,092 correspondieron a consultas proporcionadas por médicos especialistas, servicio que se vio incrementado con respecto al 2001 en aproximadamente 47 por ciento.

### Partos y Cesáreas.

	2001	2002	2003	2004	2005
Total de Partos incluye cesáreas	4,868	5,726	6,136	7,095	7,417
% Cesáreas	30.78	27.07	33.90	33.15	36.43

Cuadro 16. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.

El total de partos que para fines estadísticos el Hospital incluye cesáreas, se incremento en un 52 por ciento, de 4,868 en el 2001, a 7,417 en el 2005, de estos el 36 por ciento fueron cesáreas, mostrando un comportamiento de incremento constante durante los años intermedios.

### Urgencias y Urgencias Calificadas

	2001	2002	2003	2004	2005
Total de Urgencias	34,477	41,618	41,418	54,350	50,534
Urgencias Calificada	5,069	4,001	3,075	9,703	6,102

Cuadro 17. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.

La Subdirección de Urgencias del Hospital atendió en el 2005 a 50,534 pacientes –un poco más de 16,000 servicios en relación al 2001 y mostrando un comportamiento de incremento constante durante los años intermedios– de estos, únicamente 6,102 casos fueron de urgencias calificadas. Según los médicos, una urgencia calificada es un problema médico quirúrgico agudo que pone en peligro la vida, un órgano o función del cuerpo humano, y que requiere atención médica inmediata.

### Cirugías realizadas.

	2001	2002	2003	2004	2005
Total Cirugías	7,101	7,824	8,012	10,989	10,308

Cuadro 18. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.

El total de cirugías practicadas en el Hospital, se incrementaron en aproximadamente en un 45 por ciento, de 7,101 en el 2001 a 10,308 en el 2005, con un incremento permanente en los años intermedios.

*Egresados, Estancia y Defunciones.*

	2001	2002	2003	2004	2005
Hospitalizados que egresaron	11,048	13,103	14,231	17,965	20,682
Promedio de días de estancia	3.57	3.44	3.69	3.45	3.56
Defunciones Totales	595	475	474	577	704
Tasa Bruta	5.39	3.63	3.33	3.21	3.40
Defunciones después de 48 hrs.	337	297	283	256	435
Tasa Neta	3.0	2.0	2.0	1.0	2.0

Cuadro 19. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.

Del año 2001 al 2005, el número de hospitalizados que egresaron de Hospital, se incrementó gradualmente llegando a significar el 87 por ciento de los años consignados, la cantidad de egresados al 2005 fue de 20,682. En relación con el promedio de días de estancia en el Hospital, muestra un comportamiento alternativo, llegando a estabilizarse en los años de referencia; en promedio en el 2005, cada paciente estuvo internado tres días y medio, semejante al 2001.

El número de defunciones se incrementó en poco más del 18 por ciento, de 595 en el año de 2001, a 704 en el 2005, teniendo un comportamiento alternativo en los años intermedios. El índice de defunciones brutas indica que de cada 100 personas hospitalizadas, tres fallecieron en el 2005.

Las defunciones imputables a la responsabilidad del Hospital, son las que ocurren después de las 48 horas del ingreso del paciente; la cifra de este concepto

también aumentó en un 29 por ciento de 337 en el 2001 a 435 en el 2005, habiendo registrado en el año 2004, 256 defunciones, representando la tasa más baja en el lapso de estudio con 1 por ciento. El índice de defunciones atribuibles a la responsabilidad del Hospital durante el año 2005, indica que de cada 100 personas hospitalizadas, dos fallecieron.

*Estudios a pacientes.*

	2001	2002	2003	2004	2005
Total de Estudios Laboratorios Realizados	188,788	206,683	246,687	383,054	624,379
Total Estudios Rayos X	6,328	7,830	10,659	15,505	11,809
Total Estudios Patología	16,699	16,059	17,641	12,858	11,814

Cuadro 20. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.

Los estudios de laboratorio y de rayos X, se incrementaron en más del 200 por ciento de 2001 al 2005, mostrando un incremento permanente en los años intermedios, mientras que los estudios patológicos disminuyeron prácticamente en aproximadamente un 29 por ciento, de 16,699 en el 2001 a 11,814 en el 2005.

**5. El proceso para la acreditación del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, para el mejoramiento de la calidad.**

En septiembre de 1988, la OPS recibió el mandato de sus Cuerpos Directivos<sup>109</sup> de reforzar las actividades de cooperación técnica a los Países miembros, y de movilizar los recursos en la transformación de los sistemas nacionales de salud en base al desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Esta disposición surge luego de que los países de la Región, al evaluar los logros obtenidos para llegar a la meta de

<sup>109</sup> Resolución XV, de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo aprobada en la Décima Sesión Plenaria, 30 septiembre 1988.

“Salud para Todos” en el Año 2000, coincidieron en la necesidad urgente de acelerar este proceso orientado a otorgar mayor prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud. En este contexto, se observó en los últimos años una profunda preocupación del sector por la calidad de la atención a la salud ofrecida.

La serie de publicaciones sobre Calidad que la OPS y la OMS, conjuntamente con la Federación Latinoamericana de Hospitales, ofrece a los países de América Latina y el Caribe, representa un esfuerzo más para aumentar la calidad y la eficacia de la atención e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, contribuyendo al mismo tiempo, al alcance de una mayor equidad en la prestación de los servicios de salud.

El tema de Acreditación es un componente importante en ese esfuerzo y su adecuada implementación contribuirá a la realización de los objetivos y al aumento de la credibilidad de los casi 14,000 hospitales de la Región de América Latina y el Caribe.<sup>110</sup>

En México, en concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, el gobierno federal y los gobiernos estatales, conjuntaron esfuerzos para brindar protección financiera a los mexicanos que carecen de seguridad social, producto de las Reformas a la Ley General de Salud. Esto ha permitido constituir el Sistema de Protección Social en Salud, conducido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El esquema financiero del Sistema, se sustenta en la aportación solidaria de los niveles federal y estatal, y se complementa con una cooperación familiar con base en su capacidad contributiva.

El Sistema cobra vida jurídica con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el cual determina la necesidad de Acreditar a los

---

<sup>110</sup>Federación Latinoamericana de Hospitales, Op. Cit., p. vii.

Establecimientos Públicos de Prestación de Servicios de Atención Médica, que ingresarán como parte de la red que atenderá a los asegurados. Para ello se deberá de proceder mediante el Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud. En este manual se define la acreditación como un elemento de evaluación de la Capacidad, Seguridad y Calidad, en el cumplimiento de los servicios que integran el Catálogo de Servicios Esenciales en Salud (CASES).

El objetivo del programa de acreditación,<sup>111</sup> es el proceso de evaluación y acreditación de establecimientos públicos para la prestación de servicios de atención médica del Sistema de Protección Social en Salud, que cumplan con los requerimientos indispensables de Capacidad, Seguridad y Calidad, para la adecuada atención de los beneficiarios del Sistema de Salud.

El proceso para la acreditación se sustenta legal en el artículo 18 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y en cuyo proceso, única y exclusivamente pueden participar establecimientos públicos de atención médica.

#### ***Proceso de Acreditación para los Hospitales.***

El hospital que desee participar lo hará de forma voluntaria y sin costo, observando los pasos siguientes:

Solicitar a los Servicios Estatales de Salud (SES) el envío de la solicitud de ingreso al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), al Comité Técnico para la Acreditación.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) enviará mediante oficio a los SES, los cuadernos de autoevaluación para la acreditación.

---

<sup>111</sup>Secretaría e salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/acreditacion> .Consultada el 25 de junio de 2006.

El Establecimiento efectuará la autoevaluación. En caso de no cumplir los requerimientos mínimos solicitados, deberán elaborar el Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios para gestionar éstos con el nivel federal.

Cuando el establecimiento realice una nueva autoevaluación y cubra los mínimos necesarios podrá acceder al paso siguiente, o bien si el establecimiento cumplió satisfactoriamente desde la primera autoevaluación más del 95% de los puntos solicitados, la autoridad estatal solicitará formalmente a la DGCES que se efectúe el proceso de Acreditación para ese establecimiento. Los SES y las jurisdicciones sanitarias pueden conformar un grupo que verifique los resultados obtenidos por los establecimientos.

La solicitud deberá realizarse al Comité Técnico para la Acreditación, este entregará las solicitudes recibidas junto con los cuadernos de autoevaluación al equipo evaluador.

El equipo evaluador revisará las autoevaluaciones, y en un plazo no mayor de 15 días hábiles determinará:

Si no alcanza el 95% de requerimientos emite observaciones de mejora en capacidad, seguridad y calidad, envíará el comunicado a los SES y al establecimiento médico, ofreciendo brindar asesoría y haciendo la invitación a un nuevo proceso de Autoevaluación. En este caso, se procederá a elaborar el Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios para resolver la problemática encontrada en un plazo no mayor a seis meses.

Si alcanza el 95% de requerimientos, identificará al establecimiento como candidato para la Acreditación y se le comunicará al Comité Técnico para programar la visita del equipo evaluador al establecimiento.

El Comité Técnico informará a los Servicios Estatales de Salud, de la visita de cotejo al establecimiento, a efecto de que se prepare lo necesario por parte del establecimiento médico. Se comunica el nombre del coordinador del equipo evaluador, los nombres de los evaluadores y el periodo de trabajo, que podrá ser hasta de cuatro días.

El proceso de acreditación es de carácter gratuito para los establecimientos, los Servicios Estatales de Salud del que dependa el establecimiento médico a evaluar, se harán cargo de la transportación local del equipo evaluador y de brindarle el acceso y la información necesaria de los servicios a cotejar.

El coordinador inicia con una entrevista con el responsable del establecimiento y sus jefes de servicio involucrados, para explicar los lineamientos generales, y asigna los servicios a evaluar a cada uno de los evaluadores, quienes procederán a revisar los servicios en los diferentes componentes que determina el Cuaderno de Evaluación, que en ningún caso podrá ser diferente del Cuaderno de Autoevaluación.

El equipo calificará los criterios contenidos de Capacidad, Seguridad y Calidad que deberán coincidir con lo listado en el Catálogo de Servicios Esenciales, y con base en las evidencias disponibles. Al término de la visita de cotejo deberá comunicarlo a las autoridades correspondientes. Es importante enfatizar que el proceso de cotejo, es un proceso eminentemente técnico que promueve la gestión de calidad, por lo cual el evaluador deberá apegarse a la evaluación determinada.

El Comité Técnico evaluará el informe y los resultados de la evaluación y decidirá la procedencia, para lo cual preparará un dictamen preliminar, que enviará al Comité para la acreditación. Este resolverá según sea el caso y comunicará el dictamen a los SES y al establecimiento médico.

Si el dictamen no fuera favorable, se le comunicará al establecimiento, ofreciendo brindar asesoría e invitando a iniciar un nuevo proceso de acreditación y elaborar el Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios.

Si el dictamen resulta favorable, pero condicionado por haber obtenido un puntaje de 80 a 94, los SES deberán presentar un Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios para gestionarse las necesidades y requerimientos en las áreas federales.

El formato del Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios deberá apegarse a los requerimientos solicitados por las áreas federales.

Si el Dictamen resulta favorable, se comunicará a las mismas instancias y se otorgará una Constancia de Acreditación, mismo que deberá mantenerse a la vista de la población usuaria. La constancia tendrá dos años de vigencia dentro del Sistema de Protección Social en Salud. La DGCES se reservará el derecho de realizar una evaluación de seguimiento a fin de constatar que la implementación continúa vigente.

El establecimiento acreditado, de primer o segundo nivel de atención, deberá iniciar las gestiones correspondientes para obtener la Certificación que extiende el Consejo de Salubridad General, a efecto de poder mantenerse dentro del Sistema, teniendo como tiempo máximo para iniciar la gestión el último semestre de vigencia.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud mantendrá informada a la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud sobre las unidades Acreditadas y aquellas que estén pendientes de acreditar.

### ***Criterios de Evaluación.***

Los hospitales deberán de cumplir satisfactoriamente con los tres grandes temas para la acreditación:

*De capacidad para responder a la demanda.* Se refiere a contar con los mínimos indispensables, establecidos en el Catálogo de Servicios Esenciales en Salud.

*De seguridad.* Se refiere a los principales aspectos de seguridad del paciente durante su estancia en el establecimiento médico.

*De calidad.* Factibilidad técnica en el desarrollo de mínimos de gestión de calidad que coadyuven a que se estén dando procesos de mejora continua y del apego a los principales programas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. La acreditación se basará en el cumplimiento total de lo establecido en el presente manual, bajo la clasificación siguiente:

*Acreditado:* Cumple del 90 al 100 % de los requerimientos.

*Acreditado-Condicionado:* Cumple del 70 al 89 % de los requerimientos. (Deberá de elaborar Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios).

*No Acreditado:* Cumple con menos del 70% de los requerimientos (Deberá de elaborar Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios).

### ***Cédulas para la acreditación de establecimientos de atención médica.***

La eficiencia y la efectividad de los servicios dependen directamente de los recursos existentes, de la propia organización, de los prestadores de servicio y su desempeño, y de las habilidades administrativas de los encargados o responsables de los establecimientos, por lo que las cédulas<sup>112</sup> son de utilidad como parte de un sistema de apoyo para la gestión directiva.

Con estas cédulas se evalúan los criterios de **capacidad, seguridad y calidad**; que están basados en lo dispuesto en la Ley General de Salud, sus Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas, el Catálogo de Servicios Esenciales, los lineamientos de

---

<sup>112</sup> Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2006).

la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y los que aplican para la obtención de trámites empresariales, licencias y avisos de funcionamiento, que son obligatorios para los establecimientos de atención médica y los servicios de apoyo necesarios para la gestión clínica.

***Propósito de las cédulas.***

Orientar a los responsables de la organización y a los prestadores de servicios de la Secretaría de Salud de cada entidad federativa en la planeación y ejecución de métodos sistemáticos de evaluación de la Capacidad, Seguridad y Calidad de la Atención Médica en los establecimientos que deseen integrarse al Sistema de Protección Social en Salud, y que les permita su acreditación, como primer paso para la Certificación que requieren, mediante un proceso de retroalimentación interna de la gestión administrativa, y, de ser posible, que en cada acto médico, la relación médico-paciente sea el eje fundamental de la atención, tomando en consideración que cada uno de los elementos humanos del Sistema Nacional de Salud utiliza sus conocimientos y esfuerzos apegados a las normas y protocolos vigentes, esperando una respuesta adecuada a lo prescrito a cada paciente.

Para alcanzar la eficiencia y la efectividad no son suficientes estos criterios, es necesario que la aplicación y el desarrollo continuo de los métodos de evaluación de la calidad de los servicios y programas, se coordine con esfuerzos paralelos para incrementar las habilidades y conocimientos clínico-terapéuticos del personal operativo y directivo de los establecimientos de atención médica.

***Aplicación del proceso de acreditación por el Hospital General regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.***

A decir del personal del HGR, durante el proceso para la acreditación estuvieron involucradas trabajadoras de las diversas áreas del hospital; las responsabilidades que

había que cumplir para la acreditación del hospital, fueron divididas entre los involucrados, quienes por varios meses realizaron un trabajo adicional, que fue el de cubrir los requisitos exigidos por proceso para la acreditación.

Se cumplieron con los procedimientos y los requisitos establecidos. El llenado de las Cédulas para la acreditación se realizó en el mes de julio de 2005, las gestiones para la continuidad de proceso lograron que la visita del Comité evaluador al hospital, se realizara en el mes de agosto del mismo año y finalmente, afirma la Dirección del Hospital, el HGR alcanzó su acreditación en el mes de noviembre de 2005.

Ante la imposibilidad de espacio en este documento, y dado que los formatos de las Cédulas suman más de treinta hojas, en seguida se agregan los dos formatos modelo de las tablas del resumen de la autoevaluación de un hospital de segundo nivel.



**TABLA 2**  
*RESUMEN DE LA EVALUACIÓN EN EL HOSPITAL CON EL N° 1 de la visita a la entidad.*

<i>Global:</i>	<b>Capacidad</b>	60%	0,0	<b>PUNTOS</b>	
	<b>Seguridad</b>	20%	0,0	Completos	Totales
	<b>Calidad</b>	20%	0,0	0	489
				0	213
				0	36
			0	738	
Calificación			0,0		

Cuadro 22. Formato: Acreditación de Establecimientos públicos de atención médica hospitalaria.

## **6. Elementos de la lógica médica y de la lógica administrativa en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, considerando a la calidad como factor de enlace.**

La tarea de localizar una teoría relativa a la lógica médica y a la lógica administrativa, dio como resultado constatar la ausencia de tal teoría. Sin embargo, para efectos del desarrollo de la presente investigación, se considera que la lógica médica y la lógica administrativa responden a procesos diferentes de forma de pensar y actuar de las personas formadas en una u otra región del conocimiento humano.

Existe la posibilidad de encontrar algunos elementos de trabajo en el área de la sociología de las profesiones, la cual estudia la organización social de las actividades de trabajo, la significación subjetiva de las mismas, y las formas de estructuración de los mercados de trabajo; donde el término profesión se identifica en la vida diaria con las más variadas ocupaciones.

La sociología de las profesiones implica tres enfoques: definir las características de las profesiones; analizar la dicotomía profesional-no profesional, y la evolución y funcionamiento de las profesiones.

Para efectos de la presente investigación, se identifican las siguientes dimensiones que consideramos están presentes en todas las profesiones: Valores, Comportamiento, Comunicación, Normatividad y Profesión Médica y Profesión Administrativa, para el estudio que nos ocupa; las cuales se operacionalizaron en las preguntas de investigación. A continuación se presentan algunos conceptos que incluyen las referidas dimensiones.

### **6.1 Valores.**

Los valores expresan la esencia del hombre y contribuyen a su desarrollo haciéndola trascender con la realización de valores de libertad, igualdad, justicia y muchos otros más. Son los valores positivos los que reflejan el deseo del bien de la humanidad, los correspondientes valores negativos, han contribuido a todas las formas de deshumanización que, por ser el hombre libre, son posibilidades del hombre.

Dentro de los valores que apporto a la humanidad el período clásico (475 A 323 a.c.), destacan la excelencia y la versatilidad. El cristianismo con sus diez mandamientos, constituyó un magnífico decálogo moral. El renacimiento se caracterizó por articular valores relacionados con el humanismo. La sociedad moderna se distingue por los valores económicos-tecnológicos, que básicamente descansan en la eficacia y el poder.<sup>113</sup>

A partir del siglo XIX la filosofía empezó a señalar con especial importancia el concepto de valor, sin embargo, a la fecha no existe una decisión unánime acerca del significado de valor. Cada filósofo crea su propia definición, la diferencia entre

---

<sup>113</sup> Kwiatkowska, T. (coord.) (1993), *Humanismo y Naturaleza*, revista Iztapalapa, número 31, Universidad Autónoma Metropolitana –Iztapalapa, México, P.p. 199-201.

definiciones se funda en la forma que se adopta en torno a la objetividad y a la subjetividad de los valores.

El análisis sobre los valores ha generado posiciones unilaterales respecto a su objetividad y subjetividad, por otra parte también se ha creado la tesis de que la subjetividad y la objetividad del valor no son excluyentes.<sup>114</sup>

Desde el punto de vista formativo los valores son:

- Ideales que comparten y aceptan, explícitamente o implícitamente los integrantes de un sistema cultural y que influyen en su comportamiento.<sup>115</sup>
- Las concepciones de lo deseable.<sup>116</sup>

En el campo social, los valores son concebidos como criterios de orientación de la acción social.<sup>117</sup>

- Suchman, define al valor como un aspecto de una situación, evento u objeto que es investido con un interés preferencial.<sup>118</sup>
- King, por su parte considera que los valores son principios por los que se establecen prioridades y jerarquías de importancia entre necesidades, demandas y fines.<sup>119</sup>
- En un sentido antropológico, los valores son normas ideales de comportamiento sobre las que descansa la cultura como un modo de vida integrado.<sup>120</sup>

---

<sup>114</sup> Frondizi, R. (2004), *¿Qué son los valores?*, Fondo de Cultura Económica, México, p. 205

<sup>115</sup> Audirac, C. (2004), *ABC del desarrollo organizacional*, Trillas, S.A. de C.V., México, p. 21

<sup>116</sup> Dávila, A. y Martínez, N. (coord.) (1999), *Cultura en Organizaciones Latinas*, Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., México, p. 22

<sup>117</sup> Hirsch, A. y López, R. (2003), *Ética profesional e identidad institucional*, Universidad Autónoma de Sinaloa, México, p. 215

<sup>118</sup> Suchman, E., Evaluativo Research, Citado por Cordera, A. y Bobenrieth, M. (1983) *Administración de Sistemas de Salud*, Cordera, A. Bobenrieth, M. México, p. 34

<sup>119</sup> Ídem, p.34

<sup>120</sup> Siliceo, A. Casares, D. y Gonzalez, J. (2000), *Liderazgo, valores y cultura organizacional, hacia una organización competitiva*, Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México, p. 50

- Con un enfoque cultural los valores son concepciones prácticas y normativas heredadas y en su caso innovadas por las generaciones presentes, en las cuales la sabiduría colectiva descubre que se juegan los aspectos más fundamentales de su sobrevivencia física y de su desarrollo humano, de su seguridad presente y de su voluntad de trascender al tiempo mediante sus sucesores.<sup>121</sup>
- Con una perspectiva de comportamiento los valores son convicciones básicas de que “un modo específico de conducta o una finalidad de existencia es personal o socialmente preferible a un modo de conducta opuesto o a una finalidad de existencia converso”.<sup>122</sup>
- Desde el punto de vista filosófico, Frondizi considera que el valor es una cualidad estructural.<sup>123</sup> La interpretación que hace Frondizi de la estructura, consiste en que una estructura no es igual a la suma de sus componentes, aunque las partes constituyen a la estructura, los elementos de la estructura no son homogéneos. Considera que la estructura no es abstracta, como lo son los conceptos, sino que es concreta e individual.

Se decidió considerar una serie de definiciones con distintos enfoques, con el propósito de conocer los diversos sentidos que se le dan al concepto de valores; se aprecia que no existe un acuerdo entre los estudiosos de los valores. El elemento importante que se observa en las definiciones es el ser humano, es evidente que si no existiera el ser humano no se podrá hablar de valores; éstos sólo son de él por su existencia y características que lo hacen diferente de los demás seres vivos. Los valores son, pues, creaciones humanas y, solo existen y se realizan en el hombre y por el hombre.

---

<sup>121</sup> Ídem, p.51

<sup>122</sup> Rockeach, M. (1973), *The Nature of Human Values*, Free Press, Nueva York, p.5

<sup>123</sup> Frondizi. Op. cit., p.7

Uno de los temas más controversiales entre los filósofos es la esencia del valor, algunos consideran que la esencia es la bondad, otros hacer el bien y otros manifiestan que la naturaleza humana es el fundamento del valor. Ante la diversidad de tesis respecto a la esencia del valor, se considera conveniente describir algunas características del valor.

- La polaridad es una característica fundamental de los valores, se presentan al mismo tiempo en su valor positivo y el correspondiente valor negativo.
- Por ser cualidades los valores, sin perder su independencia requieren de un depositario para existir.
- Los valores son posibilidades, en tanto que no son reales sino virtuales.
- La preferibilidad es un atributo de los valores que consiste en atraer la voluntad del hombre por el valor que encierran.
- Los valores pueden ser ordenados jerárquicamente en valores superiores y valores inferiores, la preferencia del individuo define el orden jerárquico de los valores.

Considerando que la naturaleza humana es la misma para todos, y que un valor tendrá más importancia en tanto perfeccione más al hombre en un nivel más humano, Gutiérrez,<sup>124</sup> establece la siguiente clasificación de valores basada en cuatro categorías: infrahumanos, inframorales, morales y religiosos.

### ***Los valores en el campo médico***

Frecuentemente en diversos lugares, se plantean comentarios en relación al aborto, la eutanasia, la esterilización, los trasplantes de órganos, la inseminación artificial, la genética, la angustia, el dolor y el sufrimiento humano. Cada persona expresa su

---

<sup>124</sup> Gutiérrez, R. (2005) *Introducción a la Ética*, Esfinge, S. de R. L. de C. V., México, Pp. 136-138

opinión de manera diferente en razón de sus valores y no de procesos racionales, aún cuando en ocasiones se utilice la ciencia para buscar la prueba o la afirmación de lo que se expresa.

Un juicio de valor racional referente a una determinada acción debiera considerar el conocimiento fáctico de sus consecuencias inmediatas y a largo plazo, y compararlas con las de otros cursos de acción posibles. También es importante distinguir entre valores intrínsecos, que se refieren a los resultados posibles y valores que sirven para llegar a esos fines.

Los valores constantemente están en la práctica médica, siendo los esenciales, el de mantener la vida y el restaurar la salud.<sup>125</sup>

En la práctica médica existen valores que se pueden considerar como secundarios como es el caso del reconocimiento social del médico y la utilización de la tecnología. El médico como ser humano, busca el reconocimiento social de su trabajo y trata de encontrar mejores caminos para el ejercicio de su práctica profesional, una de las formas que ha habido es el aumento de conocimientos que se asocian a la necesidad de desarrollar habilidades más específicas y lograr destrezas con un alto grado de precisión y ello ha dado como consecuencia la especialización.

### ***Valores de los administradores.***

En la acelerada dinámica administrativa de las organizaciones, los administradores deben aplicar los valores morales de honestidad, responsabilidad, lealtad, integridad, entre otros más. Además deben poseer habilidades que son valores que en la práctica administrativa<sup>126</sup> contribuyen al logro de los propósitos de la organización.

---

<sup>125</sup> Cordera, A. y Bobenrieth, M, (1983) *Administración de sistemas de salud*, tomo I. Cordera y Bobenrieth, México. p.34.

<sup>126</sup> Certo, S. (1993) *Administración moderna*, Mc. Graw Hill. México, P.p. 575 – 577.

*El valor de la habilidad de la coordinación.* Consiste en la capacidad de relacionar los componentes de la organización de manera tal que mediante la eficacia de estos se incremente la productividad organizacional.

*El valor de la habilidad sistémica,* es la capacidad de visualizar y administrar una empresa o cualquier otra organización como un grupo de componentes que trabajan conjuntamente y funcionan como un todo para alcanzar algún objetivo. En esencia, el enfoque sistemático para administrar es una forma de analizar y resolver problemas administrativos.

Los administradores analizan los problemas e implantan las soluciones correspondientes sólo después de examinar aquellas partes del sistema relacionadas con el problema y después de evaluar el efecto de la solución de un problema en el funcionamiento de todas las demás partes del sistema.

El valor de aplicar el enfoque de sistemas a los problemas administrativos indica que el enfoque de sistemas es una herramienta extremadamente valiosa para los administradores. Sólo después de entender el “gran panorama”, o ver todas las partes de una organización como un todo, los administradores pueden ser capaces de resolver los problemas administrativos en forma apropiada.

*El valor de la habilidad funcional,* es la capacidad de aplicar en forma apropiada los conceptos de planeación, organización, influencia y control en la operación de un sistema administrativo. La aplicación de estas cuatro funciones básicas tiene una importancia tan decisiva para la administración, por lo que son consideradas como subsistemas del sistema administrativo general. De hecho, la evolución de la teoría relacionada con cada una de estas funciones se ha integrado en el transcurso de muchas décadas como resultado de los conceptos proporcionados y acumulados por los practicantes y los investigadores de la administración.

*El valor de la habilidad de análisis situacional.* Además de las habilidades sistémicas y funcionales, es recomendable que los administradores posean habilidad de análisis situacional. La habilidad de análisis situacional es la capacidad de aplicar la teoría de sistemas y la teoría de la administración a las situaciones particulares a las que se enfrentan los administradores.

Esta habilidad pone de relieve que los administradores deben comprender cabalmente su propia y única situación administrativa antes de que puedan usar las habilidades sistémicas y funcionales para su mejor aprovechamiento. Obviamente, la importancia de la habilidad de análisis situacional está apoyada por los pensamientos e ideas del enfoque contingente para la organización administrativa.

La habilidad de análisis situacional probablemente es extremadamente importante para los administradores. Sin embargo, hoy en día, los administradores se enfrentan a factores situacionales muy diferentes de aquellos a los que se han enfrentado. Algunos ejemplos de estos factores situacionales diferentes para los administradores, incluyen: El tamaño de los sistemas administrativos, las características de los miembros de los sistemas administrativos, la cantidad de energía disponible para los sistemas administrativos.

## **6.2 Comportamiento.**

El comportamiento humano es la resultante de una serie de factores psicológicos (de personalidad individual) y no psicológicos, tales como los factores biológicos (herencia), antropológicos (conformación histórica), sociológicos (interacción grupal), económicos (relaciones de producción) y políticos (sistema de poder y dominación). Estos factores interactúan, manteniendo una dinámica responsable por la formación, desarrollo y cambios en el comportamiento. El comportamiento del hombre está influido por las

variables que dinamizan el sistema social y su conducta es el resultado de esa influencia, que continuamente cambia.<sup>127</sup>

El comportamiento observable en cada individuo, que nos pone en contacto con nuestro medio social, es el resultado de múltiples factores internos y externos.

La conducta de una persona depende de su propio marco de referencia, de la interpretación que le dé a su realidad, de cómo percibe el medio que lo rodea, de qué tan satisfactorio o insatisfactorio resulta para él este medio. Este aspecto de la vida humana es muy complejo pues se refiere a la percepción individual y a la interpretación que cada quien le da a los sucesos.

La conducta observable de cada persona es el resultado de las actitudes hacia determinadas situaciones u objetos o, de otro modo, las actitudes de una persona determinarán su conducta. A su vez, las actitudes tienen dos orígenes fundamentales: Los hechos y los sentimientos.<sup>128</sup>

La interpretación objetiva de los hechos no es fácil pues siempre existe algún grado de carga emocional. Además un mismo hecho puede ser interpretado de diversas maneras, dependiendo del marco de referencia de cada individuo. Así, se establece una gran diversidad de posibles interpretaciones de la realidad aun cuando estas interpretaciones corresponden a una apreciación objetiva que cada individuo haga.

Pese a ello, las actitudes basadas en hechos representan una circunstancia que propicie el entendimiento entre dos personas, pues tratándose de un análisis objetivo, el acuerdo entre ambos podrá obtenerse mediante el uso de la información conveniente y su interpretación razonada, lógica y conjunta.

---

<sup>127</sup> Krieger, M. (2001) *Sociología de las organizaciones*. Una introducción al comportamiento organizacional. Pearson Buenos Aires. p.59.

<sup>128</sup> De la Rosa, V. y Hernández, J. (1991) *El Médico en la Administración de Hospitales*. Trillas, México. P.p. 37-39

El otro grupo de orígenes de las actitudes es el de los sentimientos. Los sentimientos generan actitudes, corresponden a la expresión de la esfera afectiva del individuo y no siempre están controlados por el razonamiento. Representan el resultado de juicios subjetivos, de opiniones elaboradas fuera del mecanismo del pensamiento lógico y por lo tanto las más de las veces pueden no corresponder a la realidad.

Esas opiniones son el resultado de una interpretación muchas veces subconsciente de algunos hechos; opiniones en las que se establecen conceptos generales a partir de hechos particulares o únicos, y quedan firmemente grabadas en el individuo, y después de ello difícilmente pueden ser cambiadas.

Por ello las conductas que resultan de actitudes basadas en sentimientos resultantes de opiniones que surgen de una mágica e ilógica percepción de la realidad son más difíciles de modificar que aquellas conductas que se basan en actitudes resultantes de un análisis objetivo de los hechos; estas últimas son conductas susceptibles de modificarse mediante la presentación de nuevos hechos para su análisis e interpretación y de esta manera propiciar el cambio, el cual será aceptado con madurez.

A continuación se procede a establecer algunas consideraciones en relación al comportamiento entre los médicos y entre los administrativos.

### ***Comportamiento médico***

Algunas formas básicas de comportamiento del cuerpo médico de las organizaciones hospitalarias,<sup>129</sup> son:

*Relación medico-paciente.* Los objetivos primarios de los médicos son: aliviar el sufrimiento, prevenir una muerte prematura y mejorar la salud de sus pacientes manteniendo la dignidad de los pacientes. El comportamiento ético hacia los pacientes

---

<sup>129</sup><http://www.facmed.unam.mx/amhe/est.htm>

es el que en gran medida promueve e impulsa estas metas y fortalece la relación médico-paciente. Cuando no hay emergencia, la relación generalmente se inicia al escoger el paciente a su médico y éste acepta la responsabilidad de su atención, esto se facilita cuando la selección es libre por ambas partes.

En el ejercicio de su responsabilidad, los médicos deben interesarse en sus pacientes y tratarlos como individuos únicos, con respeto y amabilidad. Los pacientes deben ser informados sobre el estado de su salud, para entender y aprobar su tratamiento. A su vez deben, con responsabilidad, participar en su propio manejo manifestándolo de una manera verbal, por escrito o a través de un responsable familiar.

Los médicos tienen derecho a una compensación económica por sus servicios, sin embargo no deben anteponer la remuneración económica como determinante de sus acciones. Su mayor cometido son los pacientes. Los médicos son también sujetos morales y no se debe exigir que actúen en contra de sus propios principios, motivo por el cual puede o no estar de acuerdo con todo lo que los pacientes les puedan solicitar o exigir, especialmente cuando va en contra de normas de ética establecidas y reconocidas.

*Inicio y conclusión de la relación medico-paciente.* Una persona es libre de buscar al médico de su preferencia, siempre y cuando no pertenezca a un sistema cerrado de atención médica. Los médicos no pueden rehusar atender a un paciente, cuando: No exista otro médico asequible, se requiera un tratamiento de urgencia, el enfermo y el médico hayan sido mutuamente asignados por pertenecer ambos a un sistema cerrado de atención médica. El médico puede dar por terminada la relación profesional notificándolo a su paciente, y sólo con la aprobación del paciente, transferir a otro médico la información de su expediente.

*Las percepciones económicas de los médicos.* Los honorarios, el costo general del tratamiento, la forma de pago y la incapacidad para pagar, son puntos que deben ser aclarados mutuamente al inicio de la relación médico-paciente. Una vez iniciada la relación médico-paciente la obligación de los médicos de proporcionar la atención adecuada no dependerá del pago de honorarios. Los médicos tienen la libertad de seleccionar a sus pacientes con la exclusión de aquéllos que no puedan pagar; sin embargo, como profesionistas, tienen la obligación moral de contribuir con sus servicios en la atención de los indigentes y de prestar buena atención médica a todos sus pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Cuando la atención sea gratuita, los médicos deben realizar su mejor esfuerzo para preservar la dignidad y auto respeto de sus pacientes. Los indigentes deben recibir una atención similar y ser tratados con el mismo respeto y dedicación que los pacientes que pueden pagar por su atención.

*Secreto profesional.* Los médicos están obligados a respetar el derecho de los enfermos a la confidencialidad de su expediente. Los médicos deben mantener en secreto todo lo que conozcan acerca de sus pacientes y no proporcionar ninguna información sin su consentimiento, a menos que sea exigido por la ley o una autoridad competente, o bien que el daño resultante lesione a terceros.

*Recomendaciones en caso de enfermedad grave.* Los médicos deben informar verazmente a su paciente o al responsable familiar sobre el padecimiento médico, como una parte integral de su atención profesional. Cuando la enfermedad sea grave y el pronóstico sea fatal, deberá darse a los pacientes la oportunidad de poner en orden sus menesteres espirituales y materiales. En ocasiones las creencias religiosas de los pacientes, le dictan decisiones que van en contra de las recomendaciones médicas. Los médicos deberán decidir si el acceder a deseos de sus pacientes compromete su

sentido de responsabilidad profesional a un grado inaceptable, en cuyo caso deberá suspender la atención médica y tratar de que su paciente quede bajo la tutela de otro médico que acepte sin trabas las condiciones impuestas por el paciente.

*Autorización de procedimientos y tratamientos.* Los médicos deben respetar el derecho de sus pacientes de conocer y aprobar su tratamiento, la obtención de la autorización para un procedimiento consiste en explicar a los pacientes la naturaleza de su enfermedad, así como las posibles consecuencias, los posibles riesgos y beneficios del procedimiento propuesto. Después de esto, se buscará la autorización para proceder. La aprobación de los pacientes deberán obtenerla sin coerción de ninguna índole, los médicos no deberán tratar de sacar ventaja de una situación en la cual mantienen un completo dominio psicológico.

*Asesorías entre médicos.* No puede esperarse que los médicos sean competentes en todas las áreas de la medicina, por lo tanto, tienen el derecho de solicitar asesoría en la atención de sus pacientes cuando así sea necesario. El nivel de la asesoría deberá ser establecido desde un principio. El asesor deberá cuidadosa y respetuosamente explicar sus recomendaciones al médico solicitante y obtener su aprobación para llevar a cabo procedimientos mayores o solicitar otro asesor. Deberá ejercerse gran cuidado en no restarle autoridad y jerarquía al médico solicitante en el proceso de realizarse la consulta.

Si el médico solicitante considera inaceptables las recomendaciones del asesor, está en libertad de llamar a otro asesor. En complejas condiciones clínicas que requieran de múltiples consultas, éstas deben obtenerse y justificarse en base a una necesidad médica, evitando caer en cargos de complicidad médica con propósitos distintos a los de la ética médica. Un médico siempre permanecerá a cargo del manejo médico global.

*La relación entre médicos.* Los médicos al ingresar a la profesión, comparten con todos los demás médicos su compromiso para la atención de los enfermos. Esta tradicional unión entre los médicos constituye una poderosa herramienta al servicio de los pacientes y nunca debe ser utilizada para beneficio personal.

No es ético y si dañino a todo el proceso de atención médica que un médico menosprecie, por razones maliciosas, la capacidad profesional, el conocimiento, las calificaciones o los servicios de otro médico o el que implique por palabra, gesto o acción que un paciente ha sido mal o inadecuadamente manejado. La utilización de este impropio menosprecio con propósitos de inducir que una persona se vuelva su paciente personal no es ético. Un especial cuidado en evitar tal situación debe ser ejercido por el médico que ha sido llamado en consulta por un colega.

De similar importancia, no es ético que un médico encubra a un colega que incurre en incompetencia, abandono del paciente o conducta inapropiada. Un médico no debe seducir a los pacientes de otro médico, con propósitos de apropiarse de los mismos, especialmente cuando ha sido llamado como asesor.

*Enseñanza.* Implica la responsabilidad de compartir el conocimiento y la información, incluye el comunicar los resultados de sus observaciones e investigaciones y la de sus colegas, a estudiantes y a otros médicos.

### ***Comportamiento administrativo.***

La manera en que las personas tanto en lo individual como en grupos actúan en las organizaciones, es objeto de estudio del comportamiento organizacional.<sup>130</sup>

La naturaleza de las organizaciones se ve influida por un complejo conjunto de fuerzas. La inmensa variedad de aspectos y tendencias de estas fuerzas pueden

---

<sup>130</sup> Davis, K., y Newstrom J., (2001) *Comportamiento humano en el trabajo*. Mc Graw Hill, México, P.p. 5.

clasificarse en cuatro áreas: Personas, estructura, tecnología y entorno en el que opera la organización.<sup>131</sup>

El hecho de que personas trabajen en conjunto en una organización para cumplir un objetivo implica la existencia de algún tipo de estructura de relaciones formales. Las personas también hacen uso de tecnología en el cumplimiento de sus labores, de modo que se da una interacción entre personas, estructura y tecnología. Estos elementos reciben además la influencia de, e influyen en, el entorno externo. Cada una de estas cuatro fuerzas ejerce efecto en el comportamiento organizacional.

La gente compone el sistema social interno de las organizaciones. Este sistema consta de individuos y grupos, estos últimos tanto grandes como reducidos. Existen grupos informales no oficiales y grupos formales oficiales. Los grupos dinámicos. Se forman, cambian y desmantelan. Las personas son los seres vivientes, pensantes y sensibles que trabajan en las organizaciones para cumplir sus objetivos. La razón de existir de las organizaciones es servir a las personas, mientras que la razón de existir de las personas no es servir a las organizaciones.

Los empleados ponen sus metas personales por encima de su compromiso con la organización. Los administrativos deben estar al tanto de estos diversos patrones y tendencias y prepararse para adaptarse a ellos.

La estructura define las relaciones formales y el uso que se da a las personas en las organizaciones. La realización de las actividades de una organización supone la existencia de puestos muy diversos.

En muchos casos las estructuras organizacionales han sido objeto de reducción de sus niveles. Recorte y reestructuración son resultado de la presión por la reducción de costos sin menoscabo de la competitividad. Por su parte, otras estructuras se han

---

<sup>131</sup> Ídem, p.7.

vuelto más complejas como consecuencia de fusiones, adquisiciones y nuevos giros empresariales. Muchas empresas han abandonado sus estructuras tradicionales a favor de estructuras basadas en equipos.

La tecnología en uso ejerce significativa influencia en las relaciones de trabajo. Una línea de ensamble no es lo mismo que un laboratorio de investigación, igual que en una fábrica de acero no imperan las mismas condiciones de trabajo que en un hospital. El mayor beneficio de la tecnología es que permite a las personas trabajar más y mejor, aunque también las restringe de varios modos. Así como ofrece beneficios, también implica costos. A su manera cada uno de estos adelantos tecnológicos intensifica la presión sobre el comportamiento organizacional para mantener el delicado equilibrio entre los sistemas técnico y social.

Todas las organizaciones operan en un entorno interno y externo. No están solas. Forman parte de un sistema mayor con muchos otros elementos, como el gobierno, la familia y otras organizaciones. Muchos de los cambios que ocurren en el entorno generan importantes demandas sobre las organizaciones. La ciudadanía espera que las organizaciones sean socialmente responsables; en todo el mundo surgen nuevos productos y se compite por los clientes.

Ninguna organización, puede escapar a la influencia de su entorno externo. Éste tiene efecto en las actitudes de las personas y las condiciones de trabajo y hace surgir la competencia por recursos y poder.

Simón,<sup>132</sup> en un análisis de la relación entre el comportamiento racional y la administración, afirma que; por una parte los economistas, atribuyen al hombre económico una racionalidad absurdamente omnisciente. El hombre económico dispone de un sistema completo y consistente de preferencias, que le permite elegir siempre

---

<sup>132</sup> Simón, H., (1982) *El comportamiento administrativo*. Aguilar, S.A., Buenos Aires., P.p. XXI y XXII.

entre las alternativas que se le presentan; se da siempre perfecta cuenta de lo que son estas alternativas; no existen límites en la complejidad de los cálculos que puede realizar para determinar qué alternativas son mejores; los cálculos de probabilidad no le asustan ni encierran misterios para él. Durante la última década este cuerpo de teoría ha alcanzado, en relación con las situaciones de juego competitivo y la toma de decisiones en situación de incertidumbre, un estado de refinamiento tomístico que posee considerable interés normativo, pero escasa relación discernible con el comportamiento real o posible de los seres humanos de carne y hueso.

Por otro lado, las tendencias de psicología social que siguen las huellas de Freud y tratan de reducir todo conocimiento a afecto. Así demostramos que las monedas parecen mayores a los niños pobres que a los ricos; que las presiones de un grupo social pueden persuadir a un hombre de que ve manchas donde no existen; que el proceso de solución de los problemas del grupo implica la acumulada y descarga de tensiones.

Cuando un administrador identifica en un trabajador conductas que él considera como una desviación de lo esperado en el plan de trabajo, analiza sus posibles causas, para no incurrir en decisiones precipitadas y de pobres resultados,

La entrevista con el trabajador es un procedimiento útil para explorar las causas de la conducta.

El diálogo permite ubicar progresivamente con más certeza si la conducta del trabajador resulta de actitudes positivas o negativas, útiles o no a los fines generales que se persiguen.

El Administrador podrá verificar si las actitudes se basan en hechos o sentimientos. Si son basadas en hechos, con otros hechos podrá reorientar la actitud y la conducta de su trabajador. Si las actitudes se basan en sentimientos, explora aún

más qué opiniones fundamentan esos sentimientos, y qué circunstancias sustentan dichas opiniones.

Del análisis efectuado bajo este procedimiento resultará un diagnóstico y podrán identificarse los obstáculos que nos impiden alcanzar las metas propuestas, se identifican las opciones o alternativas y después se toma una decisión de mayor calidad y de mejor aceptación.

### **6.3 Comunicación.**

La comunicación puede ser entendida como la función indispensable de las personas y de las organizaciones mediante la cual la organización o el organismo se relaciona consigo mismo y su ambiente y relaciona sus partes y sus procesos internos uno con otro.<sup>133</sup>

La importancia de la comunicación radica en que comunicarse es ante todo abrirse a los demás, y ya que el hombre no es un ser aislado, necesita establecer contacto con sus congéneres, para expresar necesidades, afectos, ideas, etc. Y esto requiere de un código común y convencional que es el medio por el cual se va a poner en contacto; este contacto no es propiamente físico sino que va a ser el canal para la transmisión de lo más profundo de la persona, “sus pensamientos” y esto se da habitualmente por medio de palabras expresadas de manera escrita o verbal.

A continuación se presenta un planteamiento de la comunicación administrativa y la comunicación clínica.

---

<sup>133</sup> Miller, J. G. (1968) citado por Lee Thayer en *Communication and Communication Systems*. Homewood, Illinois: Richard D. Irwin, Inc. p.17.

### ***La comunicación en las organizaciones.***

El entendimiento de la comunicación en una organización requiere el reconocimiento del hecho de que existen varias formas de comunicación y de medios. Estas formas pueden variar desde la transmisión de la información a un solo individuo y de la comunicación entre individuos, hasta los sistemas más complejos que mantienen unidos a los miembros de la organización y que proporcionan los medios por los cuales se relacionan una con otra las partes de la organización y con otras organizaciones. Sin embargo, la comunicación efectiva depende principalmente de crear entendimiento entre los individuos.

La comunicación formal tiene lugar entre el personal de acuerdo con las líneas de autoridad que han sido establecidas por la gerencia. Es el sistema nervioso de la organización que proporciona los canales mediante los cuales se transmiten hacia abajo, de la gerencia superior al personal subordinado, los procedimientos, prácticas, instrucciones del trabajo y los razonamientos que los sustentan, así como la retroalimentación necesaria para los subordinados.<sup>134</sup>

También establece los canales por los cuales fluye la comunicación ascendente, esto es, se anima a los subordinados a expresar sus ideas, actitudes y sentimientos respecto a ellos mismos, a sus puestos, políticas y prácticas organizacionales y a asuntos similares que les conciernen.

Es importante que la gerencia trate de crear condiciones favorables, incluyendo el clima social apropiado que favorezca tanto a la comunicación hacia arriba como a la comunicación horizontal. Este tipo de comunicación entre el personal que está aproximadamente al mismo nivel organizacional, es esencial para coordinar sus actividades y para facilitar su interacción en el desempeño de las responsabilidades de

---

134 Katz, D., y Kahn, R. (1966) *The Social Psychology of Organizations*. Wiley and Sons, Inc. New York. p. 239

sus puestos. Un libre flujo de comunicación hacia abajo y horizontalmente depende no sólo de una estructura y clima organizacional que fomente una comunicación formal afectiva, sino también el uso de los medios que resulten más adecuados para los distintos niveles de la estructura de la organización.

La vida de una organización descansa en las personas que ocupan los puestos y en la comunicación que logran entre sí. Si existe un flujo libre de información y de actitudes entre las personas y entre los niveles en la jerarquía organizacional, la organización posiblemente será fuerte y productiva. Si, por otra parte, la comunicación se ve bloqueada en muchos puntos y la información y las actitudes caen en “oídos sordos”, la estructura completa puede no ser otra cosa que una concha vacía, grabada con los nombres que aparecen en las casillas del organigrama. Este tiene significado solamente cuando las personas que ocupan los puestos están en posibilidad de interactuar entre sí con éxito para la obtención de los objetivos de la organización.

La comunicación efectiva depende de todas las personas de la organización, en particular de los gerentes y supervisores, cuya responsabilidad es crear un clima en el cual la comunicación pueda circular con libertad. Su habilidad para hacer uso de las reacciones, para entender las necesidades humanas y para seleccionar los canales y medios apropiados, sirve de mucho para determinar el éxito de la comunicación con sus subordinados.

En las organizaciones modernas, las comunicaciones se consideran como procesos bilaterales que requieren la implantación de procedimientos que faciliten la comunicación ascendente. Si bien debe hacerse provisiones para que los subordinados se comuniquen con la alta gerencia por escrito, el tipo de comunicación más importante es la que se hace frente a frente entre superiores y subordinados. La efectividad de la comunicación a este nivel es esencial para el bienestar de la organización.

En sus esfuerzos para desarrollar y mejorar la comunicación formal, la gerencia no debe pasar por alto el importante papel que representa la comunicación informal en la organización. La comprensión de su papel y el conocimientos de las rutas que sigue pueden formar la base para mejorar la comunicación formal e incluso para hacer cambios en la misma organización, de manera que puedan reducirse las barreras a la comunicación. Sin embargo, las barreras que se presentan a la comunicación son inevitables.

Las muchas diferencias que existen entre los individuos, el clima psicológico de la organización y la falta de facilidades adecuadas, siempre están influyendo en la comunicación. La minimización de las barreras requiere la continua atención a los gerentes y de los supervisores si se desea que el proceso de la comunicación una a todos los miembros de la organización.<sup>135</sup>

Suele suceder que los ejecutivos y los supervisores se asombren ante el hecho de que pese a lo que ellos llaman “comunicaciones”, las situaciones no se modifiquen en la medida en que lo esperan. Esto en gran parte puede deberse a que están comportándose simplemente como un informadores y no como un comunicadores, o sea que sólo están dando importancia a la primera parte del proceso: organiza la ideas, elabora los mensajes y los emite, sin considerar si han sido adecuadamente comprendidos y sin contar ellos mismos con la información de respuesta, sin darle importancia a la retroalimentación.

Expresiones como: ya lo he dicho, ya le envié un escrito, le bastan a ciertos ejecutivos y supervisores para tener la sensación de haber comunicado algo. En estas personas falta asimilar el concepto de que la comunicación es un proceso en el cual

---

<sup>135</sup> Churuden, y Sherman (2001) *Administración de Personal*. CECSA, México. P.p. 317-331.

deben observarse todos sus componentes y que la retroalimentación, como elemento regulador de un sistema, deberá regular también las diversas conductas comunicativas.

### ***La comunicación clínica.***

La comunicación en el sector salud ha avanzado mucho más en los últimos años, pero dada la trascendencia y la complejidad del mundo hospitalario algunos estudiosos consideran necesario que se refuercen las estrategias de comunicación en las organizaciones dedicadas a la atención a salud.

Dentro de las organizaciones hospitalarias, la comunicación es necesaria para una amplia gama de propósitos. Se requiere un flujo de comunicación constante básicamente para tres áreas generales: para un seguimiento clínico o un tratamiento, incluyendo la supervisión y la revisión de varias intervenciones de tratamiento y transmisión de antecedentes e instrucciones a quienes tratan a los pacientes; para la realización de investigación clínica; y, para la administración, en la que se incluye información para la planeación y el control de las adquisiciones así como uso de los recursos del hospital y la evaluación de su eficiencia y desempeño.<sup>136</sup>

Si el fundamento genérico de la medicina es de que un hombre preste ayuda a las carencias del otro, es por lo tanto necesario ver a la medicina como una interrelación entre el médico y el paciente; al médico esa relación le confiere un principio, una finalidad aunada a una vocación de servicio, que le permite ayudar así al hombre en su totalidad para que pueda adquirir una calidad de vida y la restitución de su salud integral. Contando el médico con su capacidad de amar, de poder otorgarle una esperanza la cual se obtiene a través de una disposición afectiva de cercanía, de empatía, de comprensión, sin descuidar por ello de ningún modo los conocimientos

---

<sup>136</sup> Attkisson, C. (2002) *Administración de hospitales: fundamentos y evolución del servicio hospitalario*. Trillas. México. P.p. 188 - 189.

científicos técnicos que le otorguen mayor capacidad para efectuar diagnósticos precisos y tratamientos oportunos.<sup>137</sup>

La comunicación es una de las herramientas más eficaces y terapéutica que puede utilizar el médico, existe abundante evidencia en la literatura clínica que muestra que el desarrollo de esta capacidad se puede traducir no sólo en una toma de decisiones más adecuada en los aspectos técnicos de la medicina, sino también en una mayor satisfacción de los pacientes con la atención recibida, y del médico con su trabajo.

Entre los principales objetivos de la comunicación medico-paciente existen: Establecer un vínculo emocional adecuado con el paciente, obtener la información necesaria para llegar a un diagnóstico, y realizar en conjunto con el paciente el plan de manejo y tratamiento de su patología.

En el ámbito de la atención a la salud, la comunicación que se establece entre el médico y su paciente sin duda tiene gran relevancia, debido al efecto potencial en la intervención terapéutica, ya que en gran medida, del adecuado entendimiento mutuo se genera la adherencia terapéutica deseada y con ello, una intervención exitosa y humanamente gratificante.

Sin bien en la formación del médico se enfatiza la importancia del trato empático para establecer un ambiente de confianza en la relación de trabajo y dar cauces sanos de comunicación, en ocasiones no son tan claros los aspectos que pueden interferirla u obstaculizarla. Asimismo, la comunicación implica tres niveles que son: sintáctico, semántico y pragmático. El primero se refiere a la relación entre la estructura de los

---

<sup>137</sup> Tena, C. y Hernández, F. (2005) *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. Prado, México. P.p. 205-206.

signos, el semántico a la relación entre los signos y su significado y el último, a la relación entre los signos y sus usuarios.<sup>138</sup>

La comunicación clínica implica una interacción en donde escuchar, ser escuchado y entenderse mutuamente, adquiere gran relevancia para conseguir los objetivos que supone la relación médico-paciente. Por ello, en este contexto la comunicación tiene que ser clara y abierta. Por ello, el médico debe contar con un amplio conocimiento del ser humano.

En este proceso los mensajes se emiten bajo dos modalidades: verbal y paraverbal. Los aspectos verbales de la comunicación son el discurso mismo. Así se encuentra estructurada la descripción de los síntomas de las enfermedades en un discurso. Por otro lado, la conducta paraverbal que acompaña al individuo en todo momento, consta de: mirada, inflexión en la voz, expresión facial, sonrisa, postura corporal, gestos, distancia, contacto físico y apariencia personal.

En este contexto los intercambios verbales están vinculados al proceso salud-enfermedad a través de la descripción de los síntomas, expresión de dudas, preocupaciones y fantasías del paciente y por el interrogatorio, indicación y orientación, por parte del médico. Éste, es quien ayuda al paciente a llevar a cabo una adecuada descripción del problema, desde el inicio hasta su estado actual.

A través del diálogo, el médico exhibe sus habilidades comunicativas en la forma de preguntar, el modo en que da sus indicaciones previendo reacciones secundarias, explica posibles causas y pronósticos, y a través de su estilo personal para orientar al paciente.

El discurso del médico debe adecuarse a los recursos intelectuales y al nivel social, económico y cultural del paciente para lograr la comprensión cabal del mensaje.

---

<sup>138</sup> Idem, P.p. 133-138.

Estos aspectos pueden identificarse en los antecedentes no patológicos de la historia clínica y a través del análisis del contenido de las preguntas que éste formula, las preocupaciones que expresa, la descripción de los malestares y los supuestos respecto a la enfermedad.

El trato personal y cálido en la comunicación verbal clínica tiene una especial importancia, por lo cual, elementos aparentemente sencillos pueden establecer la diferencia en la calidad de la atención, por citar un ejemplo, llamar al paciente por su nombre o acompañar el interrogatorio de genuino interés humano.

En este sentido, el uso de palabras cariñosas en lugar del nombre del paciente ha sido práctica común tanto en ámbitos institucionales como privados; sin embargo, a través del tiempo se han convertido en cartabones, que evidentemente no caben en la comunicación médica.

La forma y el contenido en que el médico se dirige verbalmente a su paciente debe estar determinado en forma consciente y desde luego, revisar aquellos aspectos que puedan generar vínculos potencialmente ambivalentes, o bien confusión o incredulidad.

Los aspectos paraverbales en la comunicación clínica, son tan importantes como los anteriores, en donde la mirada, el tono de la voz, la sensibilidad en la auscultación y la forma de escucha, son captadas por el paciente en forma consciente e inconsciente. No está de más señalar, que las exposiciones técnicas tendrán que limitarse entre colegas.

A través de la mirada el paciente puede reflejar esperanza, admiración o solicitud de comprensión, o puede ser una mirada exigente desde donde ejerce su derecho a la salud. El médico, por otro lado, posee un entrenamiento que le permite mirar en forma objetiva a su paciente, no con frialdad, emite seguridad y calidez. La voz es también un

importante indicador de emociones, como puede ser miedo, angustia, autoridad, duda, preocupación o enojo.

A través de la actitud corporal se revelan sensaciones de tensión, comodidad, inquietud, dolor, timidez o agresividad. La colocación de los hombros y la comodidad en las posturas emiten estos mensajes. Por ello, debe observarse la actitud corporal del paciente al llegar y al retirarse. Si presenta tensión al requerir algún estudio en particular o bien al comentar el diagnóstico, caso en el cual la información amplia y veraz es importante para la toma de decisiones.

La expresión facial, la distancia que se establece entre médico y paciente, el impacto que la apariencia personal genera en el interlocutor, son algunos de los elementos paraverbales que el clínico deberá observar en su paciente para el diagnóstico, aunque también deberá observarlo en sí mismo. El silencio puede ser signo de pena, molestia, resignación, incapacidad para expresarse, dificultad para comprender una pregunta, o bien, desconfianza o pudor.

Requiere consideración especial analizar qué es lo que el paciente está solicitando del médico con la finalidad de mantener la atención, para evaluarlo en sus dos niveles, en el discurso consciente del paciente y también en el contexto de la conducta para desarrollar hipótesis con respecto a la patología integral del mismo. Desde esta perspectiva, dentro de las tareas del clínico se encuentra observar a su paciente, escuchar qué dice y cómo lo dice, información que debe aplicar al conocimiento científico, y que sirve para dar un manejo idiosincrásico y personal a sus pacientes, independientemente de hacer auto-observación en base a lo que los diferentes pacientes le provocan; el objetivo primordial es lograr el control consciente de estas reacciones.

#### **6.4 Normatividad.**

La normatividad es considerada como el conjunto de normas aplicables a una determinada materia o actividad; entendiendo la norma como regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, así como las actividades de una unidad o de toda la organización.

Una norma es establecida por la costumbre; de común acuerdo o por cuerpos científicos profesionales o gubernamentales; una acción administrativa o legal, después de amplias observaciones, experimentación, trabajos de investigación, pruebas o planteamientos y, frecuentemente, un compromiso; generalmente una norma se queda corta del ideal y su dirección puede ser limitada; su objeto es servir como base práctica para la institución de procedimientos que aseguren la conformidad de parte de un grupo o grupos de personas, dentro de los campos de condiciones tecnológicas, institucionales u otras limitantes en que operan, y proporcionar un criterio y un medio de control sobre las actividades cuando va acompañado de inspección, informes u otros medios, al nivel en que su cumplimiento puede hacerse más efectivo.

A causa de que las normas son hechas por la personas; se basan en los esfuerzos para satisfacer las necesidades inmediatas y algunas veces para justificar o congelar prácticas alcanzables, pueden tener su origen en diferentes campos de interés y estar, por tanto, en conflicto. Para conservarse al día en un mundo cambiante, las normas frecuentemente abren camino a nuevas normas.<sup>139</sup>

A continuación se presentan algunas de las más importantes normatividades que regulan las acciones que se desarrollan en el campo de la clínica y de la administración.

---

<sup>139</sup> Kohler, E. *Diccionario para Administradores y Contadores*. Uteha, México, p. 441.

### ***Normatividad médica.***

*Documentos Médicos.* Se considera como documento médico cualquier registro escrito que realiza el profesional de la medicina en el ejercicio de su trabajo. Éstos son importantes, ya que en ellos se hacen constar hechos y actos relativos a la atención médica prestada a una persona determinada.

Los documentos médicos son variados y cumplen distintas funciones, pero una de las más importantes e interesantes es que en caso de controversia relacionada con la práctica médica se convierten en un medio de prueba escrita que adquiere una importancia decisiva en la resolución de la misma. Por lo que, se debe ser muy cuidadoso y vigilar el llenado adecuado de los documentos para demostrar la legalidad de los actos realizados.

Sin lugar a dudas, el llenado adecuado de los documentos como son los certificados y el cumplimiento de las notificaciones a la autoridad judicial y sanitaria una vez recopilada y analizada aporta información que es de utilidad pública para los sectores público, social y privado incluyendo profesionales independientes, y que se manifiesta con la información y boletines epidemiológicos, por lo que es importante leer sus especificaciones para contribuir a que esta información sea lo más completa posible.

El expediente clínico y autorizaciones y consentimiento informado, son documentos médicos que revisten gran importancia, en seguida se presentan, acompañados de los fundamentos legales que motivan su elaboración.<sup>140</sup>

*El expediente clínico*, es uno de los documentos más importantes dentro de la atención médica. Consta de una serie de documentos que hacen constar la atención prestada al pacientes, con fecha 30 de Septiembre de 1999 se publicó en el Diario

---

<sup>140</sup> Dobler, I. (2002) *La responsabilidad en el Ejercicio Médico*. Manual Moderno, México. P.p. 33-35, 48.

Oficial de la Federación (DOF) la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI-1998 del Expediente Clínico que tiene como objeto sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

*Autorizaciones y Consentimiento Informado*, son los documentos mediante los cuales los pacientes o sus familiares responsables otorgan la aprobación al médico o a la institución, con la finalidad de aceptar la atención y que se realicen los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, médicos, quirúrgicos o para autopsia cuando no puede evitarse el fallecimiento.

Los sustentos legales de dichas autorizaciones son evidentes en materia civil por lo regulado en los contratos, por lo dispuesto para la prestación de servicios profesionales, por lo que dispone la Ley General de Salud y señalado además en materia penal porque debe recabarse la autorización para la realización de procedimientos diagnósticos invasivos o quirúrgicos, máxime si éstos pueden originar una lesión física o psicológica en el usuario.

Dichas autorizaciones son necesarias para múltiples procedimientos en relación con el ejercicio profesional, que incluyen ingresos a las unidades de salud, para realizar procedimientos diagnósticos, terapéuticos, médicos o quirúrgicos, autopsias e incineración, entre otros procedimientos.

Las autorizaciones deben establecerse como formatos de consentimiento informado ya que el numeral 10.1.1.2 de la Norma 168-SSAI-1998 del expediente clínico publicada en septiembre de 1999 señala claramente que:

Los eventos mínimos que requieren consentimiento bajo información serán: Ingreso hospitalario; procedimientos de cirugía mayor; procedimientos que requieren anestesia general; salpingoclasia y vasectomía; trasplantes; Investigación clínica en seres humanos; de necropsia hospitalaria; procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo; cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

La Secretaría de Salud es quien establece las disposiciones normativas que deben observarse en el ejercicio médico, y se encuentran establecidas en la Ley General de Salud y sus reglamentos, de los cuales en relación con el ejercicio médico, se mencionan el de materia de la prestación de servicios de atención médica, el de investigación, el de control sanitario de la publicidad y el actual Reglamento de Insumos para la Salud.

### ***Normatividad administrativa.***

En las organizaciones, las normas formalizadas están escritas en manuales organizacionales estableciendo reglas y procedimientos que los empleados deben seguir.

Con el fin de realizar con eficiencia las actividades administrativas, así como las operativas, y debido a que los métodos administrativos requieren de mucha atención por la gran cantidad de detalles que contienen; es necesario contar con manuales de consulta permanente dirigidos al personal de la organización, con información detallada y actualizada acerca de antecedentes, objetivos, políticas, organización, procedimientos, etcétera.<sup>141</sup>

La aplicación eficaz del método depende de su conocimiento, esto es indispensable para la administración; los manuales administrativos se definen como:

---

<sup>141</sup> De la Rosa M. y Hernández G. Op. cit., P.p. 111-114

instrumentos técnico-administrativos para consulta permanente, que contienen información ordenada, expresada con fines normativos y referenciales para su óptima utilización, y describen la organización de la entidad y el trabajo que en ella se realiza.

Los manuales de normas y procedimientos describen por áreas operativas los procedimientos administrativos, enumerando las operaciones de que se componen, en orden cronológico, precisando en qué consiste cada operación, quién y cómo debe ejecutarla, cuándo, dónde y para qué debe ejecutarse, a fin de, entre otros fines, lograr la mejor ejecución del trabajo, obtener uniformidad y asegurar la coordinación entre los distintos departamentos de la unidad.

Las siguientes son algunas de las ventajas que resultan de la aplicación de los de los manuales administrativos:

- Estimulan la uniformidad.
- Eliminan la confusión, evitando la incertidumbre y duplicación, así como la aplicación de procedimientos incorrectos.
- Disminuyen la carga de supervisión y simplifican el trabajo.
- Estandarizan la metodología.
- Determinan funciones.
- Establecen puntos de referencia.
- Ayudan a controlar el cumplimiento de las rutinas.
- Sirven de base para la capacitación y el adiestramiento.
- Simplifican la determinación de responsabilidades.

Los procedimientos administrativos son planes diseñados para canalizar las acciones, explican detalladamente los procesos correctos para realizar una función; pueden abarcar varias áreas interrelacionándolas en una función específica, precisando

en qué consiste cada acción , así como quién, cómo, cuándo, dónde y para qué debe ejecutarse.

### **6.5 Profesión (Médica y Administrativa).**

Una profesión puede entenderse como una ocupación, en que uno declara ser competente y ejercer en forma permanente; por tanto, vemos referencias a boxeadores profesionales, agentes de bolsa profesionales, periodistas profesionales, maestros de bailes profesionales, etcétera. O el vocablo profesión puede entenderse en un sentido más exacto como una vocación en la cual el conocimiento manifestado de algún apartado del saber, se utiliza en su aplicación a los asuntos de otros o en la práctica de un arte fundado sobre la misma; los siguientes son considerados como elementos esenciales de la profesión.<sup>142</sup>

- Un conjunto de conocimientos organizado que aumenta y se perfecciona constantemente y las técnicas especiales que emanan del mismo.
- Facilidades para la capacitación formal en este conjunto de conocimientos y procedimientos.
- Calificaciones reconocidas para ser miembro de la profesión e identificarse con ésta. En ocasiones éstas pueden establecerse por ley al requerir una licencia para el ejercicio de la profesión; pero no todas las ocupaciones con licencia constituyen profesiones.
- Una organización que incluye un número considerable de miembros calificados para ejercer la profesión e influir en el mantenimiento de las normas profesionales.

---

<sup>142</sup> <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/44/pr/pr11.pdf>, Consultada el 23 de abril de 2006.

- Un código de ética donde se definan en general las relaciones de los miembros de una profesión con el público y con otros profesionales dentro del grupo y que normalmente reconozca la obligación de prestar servicios que no se basen exclusivamente en consideraciones económicas.

Desde el punto de vista de Hasenfeld,<sup>143</sup> la profesión es una ocupación organizada, que logra el derecho exclusivo para realizar un tipo particular de trabajo, el control de la capacitación y su acceso a ella, y el control al derecho de determinar y evaluar la forma en que se ejecuta el trabajo.

La Ley de Profesiones Reglamentarias del artículo 5o constitucional, establece que se entiende por ejercicio profesional, “la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de una simple consulta o la ostentación del carácter de profesional por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo”.

### ***Regulación del ejercicio profesional***

El ejercicio profesional en México, se encuentra regulado por disposiciones establecidas en las distintas leyes y códigos. Sus artículos son aplicables en el ejercicio de cualquier profesión. Existen leyes y códigos federales y estatales, la diferencia es la aplicación territorial si el fuero es común o federal.

Entre las leyes, aún cuando todas son aplicables, existe una jerarquía: La Ley Suprema es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la que en sus primeros 29 artículos consagra las llamadas garantías individuales. De ella surgen otras leyes llamadas especiales y otras generales, que amplían el alcance, limitan la territorialidad e incluyen otros aspectos normativos, como son las leyes laborales, fiscales, administrativas, códigos penales y civiles, entre otras.

---

<sup>143</sup> Hasenfeld Y. (1990) *Organizaciones al servicio del hombre*. Fondo de Cultura Económica, México. p.185.

Como se estableció en secciones previas, se entiende por ejercicio profesional, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de una simple consulta o la ostentación del carácter de profesional por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo.

En cuanto al trabajo en instituciones públicas, sociales o privadas, el artículo 37 de la Ley de Profesiones Reglamentarias del artículo 5o constitucional establece que los profesionales que ejerzan su profesión en calidad de asalariados, quedan sujetos por lo que a su contrato se refiere, a los preceptos de la Ley Federal del Trabajo, a la Legislación Federal del trabajo Burocrático y al estatuto de los trabajadores al servicio de los Poderes de la Unión, en su caso.

#### ***Responsabilidad administrativa laboral.***

Quienes ejercen la profesión médica o administrativa dentro del sistema de salud integrado por las instituciones públicas oficiales, como el Instituto del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, las unidades médicas de la Secretaría de Salud, y otras que forman parte de la administración pública federal o estatal, se encuentran sujetos además a respetar lo que al respecto indica la Ley de Responsabilidad de los Servidores Públicos, puesto que al ser trabajadores de dichas instituciones, en forma automática adquieren la categoría de servidor público, sujetos, por tanto, a las sanciones que por la violación normativa indica la misma ley.

#### ***Profesión Médica.***

El ejercicio profesional médico en México está regido por el Estado; sin embargo, existe plena libertad para ejercer como médico cuando se cumplen algunos requisitos que el propio Estado establece.

Con el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Canadá y México, se estableció que los médicos procedentes de aquellos países podrán ejercer con libertad en el territorio nacional simplemente si revalidan sus estudios, pero un nacional no podrá hacer lo mismo en aquellos países y tendrá que sustentar el debido examen para extranjeros ante la asociación médica respectiva y el examen estatal correspondiente, dependiendo del estado de la Unión Americana o Canadiense donde desee residir.

En México existen dos formas básicas del ejercicio profesional: la medicina privada y la medicina institucional. La primera ofrece la oportunidad de ejercer casi de inmediato a la sustentación del examen profesional e incluso antes, mediante el otorgamiento del aval de un médico en ejercicio activo, conocido como responsiva médica, otorgada a un pasante de medicina.<sup>144</sup>

El ejercicio privado de la profesión se puede efectuar de muchas formas, como realizar visitas domiciliarias, montar un consultorio, establecer una clínica, trabajar en un hospital privado o como asalariado de hospitales privados, laboratorios o compañías aseguradoras o en la industria farmacéutica como asistente del director médico o como director médico.

En teoría, el ejercicio privado de la profesión abarca a la totalidad de la población, de la que predomina la población de niños y adultos jóvenes; de esta manera, la pirámide poblacional tiene una amplia base de sustentación, en la cual preponderan los niños y los adultos jóvenes, mientras que los adultos y los de edad avanzada constituyen una mínima proporción. Lo que en apariencia hace del ejercicio médico privado un excelente mercado de trabajo, especialmente en los aspectos ginecoobstétricos.

---

<sup>144</sup>Lugo, E.(1998) Para ser Médico. Vocación, orígenes y tradiciones de la medicina. Trillas, México. P.p. 135 – 142.

El número de camas disponibles en los hospitales privados, se relaciona de forma directa con el mercado de trabajo, de la oferta y la demanda, para hacerlas más productivas en el sentido económico, más que con base en un programa de necesidades reales. En términos generales, los hospitales privados en México son de segundo nivel, es decir, de mediana especialización de acuerdo con sus recursos; sin embargo, hospitales privados de alta especialización en varias ciudades principales del país resultan con costos inaccesibles para la mayoría de la población y negocian sus actividades con las compañías aseguradoras de la salud, para recuperar sus gastos e incluso para tener ganancias elevadas.

En el sector público el médico tiene la oportunidad de trabajar en el área de la seguridad social, quedando al mismo tiempo inscrito como derechohabiente, o en las unidades médicas de la Secretaría de Salud; en ambas alternativas, el trabajo del médico se puede efectuar mediante guardias nocturnas, trabajando una noche y descansando otra, en turnos de ocho horas matutinas o vespertinas, así como con un horario discontinuo de cuatro horas por la mañana y cuatro por la tarde, situación que también le permite alternar el desempeño de su profesión en su consultorio o en otras alternativas de desempeño profesional.

### ***Algunas características de la labor de los médicos.***

El trabajo médico es un trabajo individual, su función es el trato directo con el paciente, esta relación incluye dos aspectos básicos el primero de ellos relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo de los mismos relacionado con la parte psicológica con la comprensión del padecimiento y la forma en que afecta al paciente, esta última perfectamente compatible con el trato y el respeto hacia los pacientes.

En lo referente a la salud fisiológica se debe comprender que existen dos factores que inciden en el éxito del tratamiento, el conocimiento del médico para solucionar el problema de salud y el segundo la colaboración del paciente para seguir las recomendaciones del médico.

La responsabilidad de los médicos es directa e individual con el paciente, el médico no está formado para trabajar en función institucional, por ello rara vez toma partido en el desarrollo de la organización en la que labora, lo cual se agudiza si consideramos que dada la situación de la mayoría de países de Latinoamérica los médicos se ven obligados a laborar en muchos lugares, lo que dificulta la identificación del mismo con la organización donde trabaja.

Los médicos son los profesionales que brindan la atención directa a los pacientes, son en mayor proporción responsables de la satisfacción de los pacientes, tomando en cuenta que son los que dan la cara al paciente y por lo tanto tienen que dar un trato adecuado, pues es lo que en realidad lo que perciben los pacientes.

Los médicos son la figura principal dentro de las instituciones de salud, son los prestadores directos de servicio a los pacientes, además, son los principales promotores de la fidelidad de los pacientes con la organización, de ellos depende el prestigio del hospital. Por lo tanto sin ninguna duda son los generadores primarios de demanda en los Hospitales.

Las expectativas personales de los médicos se basan en dos aspectos básicos, la actualización profesional y la retribución económica, en la mayoría de los casos no necesitan satisfacer necesidades básicas, si no de reconocimiento en el medio en el que se desenvuelven, lo que generará mayor demanda de la población.

## **Profesión administrativa.**

La administración es el proceso de diseñar y mantener un ambiente en el que las personas, trabajando en grupos, alcancen con eficiencia objetivos específicos. Esta definición básica se amplía<sup>145</sup> cuando:

- Como administradores, las personas se desempeñan funciones administrativas de planeación, organización, integración de personal, dirección y control.
- La administración se aplica a todo tipo de organizaciones.
- La administración es aplicable a administradores en todos los niveles organizacionales.
- El propósito de todos los administradores es la misma: Generar un superávit.
- La administración se ocupa de la productividad, lo que implica eficacia y eficiencia.

Los administradores tienen la responsabilidad de realizar acciones que permitan que las personas hagan sus mejores aportaciones a los objetivos organizacionales

En sus estudios, Katz identificó las siguientes habilidades que deben poseer los administradores en la práctica administrativa.<sup>146</sup>

*La habilidad técnica.* Es la posesión de conocimientos y destrezas en actividades que suponen la aplicación de métodos, procesos y procedimientos. Implica por lo tanto el diestro uso de instrumentos y técnicas específicas.

*La habilidad humana.* Es la capacidad para trabajar con individuos, esfuerzo cooperativo, trabajo en equipo, la creación de condiciones donde las personas se sientan protegidas y libres de expresar sus opiniones.

---

<sup>145</sup> Koontz, H., y Weihrich H. (2001) *Administración. Una perspectiva global*. Mc. Graw Hill. México. P.p. 6 – 10.

<sup>146</sup> Katz, R. (1955) *Skills of an Effective Administrator* en Harvard Business Review, P.p. 33-42

*La habilidad de conceptualización.* Es la capacidad para percibir el panorama general, distinguir los elementos más significativos de una situación y comprender las relaciones entre ellos.

*La habilidad de diseño.* Es la capacidad para resolver problemas en beneficio de la empresa. Para ser eficaces, y particularmente en los niveles organizacionales superiores, los administradores deben ser capaces de hacer mucho más que advertir un problema. Deben poseer además la habilidad de un buen ingeniero de diseño para deducir la solución práctica de un problema. Si se limitaran a detectar problemas y a fungir como “observadores de problemas”, fracasarían. Por lo tanto, también deben poseer la valiosa habilidad de ser capaces de diseñar soluciones funcionales a los problemas en respuesta a las realidades que enfrentan.

Los administradores de organizaciones no comerciales afirman en ocasiones que el propósito de los administradores comerciales es muy simple: Generar utilidades. Pero en realidad las utilidades no pasan de ser una medida del superávit de cualquier moneda, obtenido por concepto de ventas sobre los gastos.

Una de las metas más importantes de muchas empresas comerciales es el incremento a largo plazo del valor de sus acciones ordinarias. En estricto sentido, el objetivo lógico y públicamente aceptable de la totalidad de los administradores de todo tipo de organizaciones, lo mismo comerciales que no comerciales, debería ser el de obtener un superávit.

Así los administradores deben establecer entorno en el que los individuos puedan cumplir metas grupales con la menor cantidad de tiempo, dinero, materiales e insatisfacción personal o en el que puedan alcanzar en la mayor medida posible los propósitos definidos con los recursos disponibles.

### ***Características de la labor que desempeñan.***

Los administrativos se caracterizan por que sus labores son base de funcionamiento de las organizaciones, en ellos recae el manejo organizacional, la visión global de la organización, su dedicación es exclusiva y directa, dentro de este grupo de profesionistas, están los que desarrollan labores estratégicas de planeación, organización, dirección y control, y los que realizan labores operativas, a este grupo también se conoce con el nombre de personal de soporte, por ser el equipo de trabajo que da el soporte a todo el funcionamiento de la organización de salud.

La responsabilidad del personal administrativo no es directa con el paciente, el personal administrativo esta formado profesionalmente para trabajar en función de equipo de trabajo, por ello se debe trabajar con la finalidad de lograr una identificación sólida con la organización de salud, de manera que se genere el clima adecuado para su mayor productividad, para que su aporte sea importante, puesto que su dedicación exclusiva es la organización. De ellos dependerá la planeación y ejecución de los de la dinámica administrativa de la organización.

El personal administrativo dentro de las instituciones de salud es de suma importancia, son los que trabajan en colaboración directa con la Dirección y con los mandos superiores de la organización, a ellos les corresponde la interpretación de los objetivos planteados por la dirección de la organización, también depende de ellos el prestigio de la Institución y por lo tanto son los encargados de orientar el trabajo del personal con apego a la misión y visión de la organización. Por lo tanto son promotores y ejecutores del logro de los objetivos organizacionales.

El trabajo de los administrativos, esta centrado en brindar el soporte administrativo al funcionamiento de la organización, también mantienen la operatividad

de la organización en su conjunto, su responsabilidad esta orientada con la organización y no directamente con los pacientes que en ella se atienden, son los encargados de orientar la dinámica de la organización basándose en la misión y visión de la organización hospitalaria.

Las expectativas personales del personal administrativo se basa en el aspecto de la retribución económica, dado los niveles salariales que perciben, además incide también en la eficacia y eficiencia del trabajo que realizan.

## CAPITULO III. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.

### 1. Metodología de la investigación.

#### 1.1 Ciencia, métodos e investigación.

*Ciencia.* Se puede definir, en sentido estricto, como un conjunto de conocimientos sobre la realidad observable, obtenidos mediante el método científico. Según esta definición son tres los elementos esenciales de la ciencia, que configuran su naturaleza: Un contenido, un campo de actuación y un procedimiento o forma de actuar.<sup>147</sup>

La ciencia en cuanto a su contenido está constituida exclusivamente por un conjunto de conocimientos sobre la realidad, en forma de términos y de enunciados. Las ideas de este conjunto se hallan interrelacionadas entre sí y forman lo que se llama la teoría.

La ciencia aunque se refiere a la realidad empírica, no está formada por hechos sino en todo caso por ideas. El hombre solo puede captar la realidad conceptualmente.

El campo de actuación propio y único de la ciencia es la realidad observable, la realidad de este mundo en que vivimos. Lo no empírico, cae fuera del campo de la ciencia en sentido estricto.

La ciencia utiliza como procedimiento o forma de actuación en la formación del conjunto de conocimientos que la integran, el método científico.

*Objetivos de la ciencia.* Los objetivos fundamentales de la ciencia, o del conocimiento científico, en relación a su campo de actuación, la realidad de este mundo, son cuatro: analizar, explicar, prever o predecir y actuar.

El primer objetivo de la ciencia es saber cómo es la realidad, qué elementos la forman y cuáles son sus características.

---

<sup>147</sup> Sierra, B., (1994) *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Paraninfo. España, p. 17.

Después de conocer cómo es la realidad, el segundo objetivo de la ciencia es explicarla, llegar a establecer cómo se relacionan sus distintas partes o elementos, porqué es como es la realidad.

Estos son los objetivos básicos y principales de la ciencia. Su consecuencia capacita a la ciencia para alcanzar los otros dos objetivos indicados, que por ello son derivados o aplicados, la predicción y la actuación.<sup>148</sup>

Otro componente esencial en un proceso de investigación que se precie de ser científica es el conocimiento y aplicación de los métodos de los cuales a continuación se hace una reflexión.

*Método.* Consiste en el modo de actuar, razonar y seguir un procedimiento, a través de técnicas, teorías, sistemas y tratamientos que permiten actuar conforme a una planificación.<sup>149</sup>

*Método de Investigación.* En su acepción más general, el método de investigación es la estrategia que guía el proceso de investigación con el fin de lograr ciertos resultados; específicamente, aquellos definidos en los objetivos del estudio.<sup>150</sup>

*Método Científico.* La ciencia pone de manifiesto el método científico, hasta no poder hablar de investigación sin tener que hablar de método científico. Podemos decir que entre la investigación científica y el conocimiento científico encontramos el método científico, que es el que nos asegura el primero y el segundo.

El método científico es un procedimiento para descubrir las condiciones en que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica<sup>151</sup>.

---

<sup>148</sup> Ídem. p. 18 y 19.

<sup>149</sup> Muñoz, C., (1998) *Como elaborar y asesorar una investigación de tesis*. Pearson, México. p. 202.

<sup>150</sup> Briones, G., (2001) *Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales*. Trillas, México. p. 29.

<sup>151</sup> Tamayo., M. (2001) *El proceso de la investigación científica*. Limusa, México. p.16.

Pardinas<sup>152</sup> afirma que el Método de trabajo científico es la sucesión de pasos que debemos dar para descubrir nuevos conocimientos o, en otras palabras, para comprobar o disprobar hipótesis que implican o predicen conductas de fenómenos, desconocidos hasta el momento.

El método científico no es otra cosa que la aplicación de la lógica a las realidades o hechos observados.

Por su parte Cohen y Nagel<sup>153</sup> indican que el Método científico es la persistente aplicación de la lógica para poner a prueba nuestras impresiones, opiniones o conjeturas, examinando las mejores evidencias disponibles a favor y en contra de ellas.

Por lo tanto, el método científico es un conjunto de procedimientos por los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de trabajo investigativo.<sup>154</sup>

*Investigación Científica.* Toda investigación es un proceso de creación de conocimientos sobre la estructura, el funcionamiento o el cambio de una zona de la realidad.<sup>155</sup>

La investigación científica siempre ha sido el instrumento por el cual la ciencia llega al conocimiento científico. La ciencia no se puede reducir a una colección de hechos. Se hace indispensable seleccionar esos hechos, organizarlos, relacionarlos, buscarles cierta consistencia. Hay conocimiento científico cuando a través del método científico se han logrado acumular nuevos conocimientos.

---

<sup>152</sup> Pardinas, F. (1969) *Metodología y técnica de la investigación en ciencias sociales*, Siglo XX, Buenos Aires. Citado por Tamayo., M. (2001) *El proceso de la investigación científica* p.28.

<sup>153</sup> Cohen., M., y Nagel, E. (1973) *Introducción a la lógica y al método científico*, Amarrortu, Buenos Aires. Citado por Tamayo., M. (2001) *El proceso de la investigación científica*. p.28.

<sup>154</sup> Tamayo., M. Op. cit., P.p. 27-28.

<sup>155</sup> Briones, G. Op. cit., p.17.

Ruiz,<sup>156</sup> realiza un contraste teórico entre los dos métodos científicos más conocidos, a los que, por razones de simplicidad, llama cuantitativo positivista y cualitativo-interpretativo. Un resumen de tal contraste se presenta a continuación.

*El método cuantitativo positivista* se basa en la teoría positivista del conocimiento, la cual, modelada prácticamente en el esquema de las ciencias naturales, intenta describir y explicar los eventos, procesos y fenómenos del mundo social, de forma que se puedan llegar a formular las generalizaciones que existen objetivamente.

La búsqueda de estas generalizaciones o explicaciones sistemáticas debe apoyarse en evidencias empíricas. Son estas evidencias las que llevan al análisis de las relaciones empíricas, base de toda explicación: el deductivo, inductivo, teleológico (funcional) y el genético.

Toda esta búsqueda presupone la existencia previa de unas regularidades básicas que se pueden expresar en forma de leyes o relaciones empíricas.

De ahí que se fomenten las técnicas estandarizantes de los experimentos controlados y de los sondeos masivos.

Como reflejo de la confianza en la evidencia empírica se ha dado particular insistencia a la fiabilidad y la validez de esta búsqueda. Entendiendo ambas en el sentido de que las evidencias empíricas son reproducibles y replicables.

El método cuantitativo insiste en el conocimiento sistemático comprobable y comparable, medible y replicable.

En definitiva, este método es fiable y válido en tanto en cuanto se acepta su postulado básico de que: El mundo social constituye un sistema de regularidades empíricas y objetivas. Observables, medibles, replicables y predecibles mentalmente.

---

<sup>156</sup> Ruíz, O. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, Universidad de Deusto. P.p. 30-31.

*Los métodos cualitativos* parten del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significado y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados. Por ello, las técnicas cualitativas buscan:

Entrar dentro del proceso de construcción social, reconstruyendo los conceptos y acciones de la situación estudiada, para describir y comprender los medios detallados a través de los cuales los sujetos se embarcan en acciones significativas y crean un mundo propio suyo y de los demás.

Conocer cómo se crea la estructura básica de la experiencia. Su significado, su mantenimiento y participación a través del lenguaje y de otras construcciones simbólicas, recurriendo por ello a descripciones en profundidad, reduciendo el análisis a ámbitos limitado de experiencia, a través de la inmersión en los contextos en los que ocurre.

Las investigaciones estandarizadas comparativas, los experimentos de laboratorio, las relaciones entre las medidas, son en este caso más o menos extremo, inútiles o rechazados por la necesidad que siente el investigador de hacerse sensible al hecho de que el sentido “nunca puede darse por supuesto” y de que “está ligado esencialmente a un contexto”.

*Tipos de investigación de la sociología.* Abordar por derecho el problema del método de la sociología implica, se quiera o no, tomar posición acerca del método científico; y esto supone a su vez, al menos, dos cuestiones diferentes: la primera, relativa a si existe algo que pueda llamarse método científico, en el sentido de ser sólo uno y de estar generalmente aceptado y ser practicado por los científicos; la segunda, relativa a si, en el caso de que tal cosa exista, las ciencias sociales, o humanas, o de la cultura, o de la historia, han de acogerse a un método elaborado para las ciencias físico-naturales desde una perspectiva positivista.

En primer lugar, al parecer es sumamente problemático que exista algo que pueda ser llamado sin equivocidad el método científico: No sólo porque la filosofía de la ciencia no ha alcanzado un suficiente grado de acuerdo al respecto, sino porque la práctica de la ciencia dista de ser unánime; o, al menos, tal método, único y universalmente aceptado, no existe en forma detallada y canónica; aunque es evidente que bajo la forma de una serie de valores y principios básicos sí que podrá considerarse existente. Con escepticismo las apelaciones, tan enfáticas como ruidosas, a un método científico riguroso, detallado y universal y tal cosa, ciertamente, no existe.<sup>157</sup>

En segundo lugar, manifiesta Beltrán, que las ciencias sociales no deben mirarse en el espejo de las físico-naturales, tomando a éstas como modelo, pues la peculiaridad de su objeto se lo impide. Se trata, en efecto, de un objeto en el que está incluido, lo quiera o no, el propio estudioso, con todo lo que ello implica; y de un objeto, podríamos decir, subjetivo, en el sentido de que posee subjetividad y reflexividad propias, predisposición y libertad, por más que estas cualidades de los individuos sean relativas al conjunto social del que forman parte.

En tercer lugar, sigue diciendo Beltrán, al pluralismo cognitivo propio de las ciencias sociales, y particularmente de la sociología, corresponde un pluralismo metodológico que diversifica los modos de aproximación, descubrimiento y justificación en atención a la faceta o dimensión de la realidad social que se estudia, en el bien entendido que ello no implica la negación o la trivialización del método, su concepción anárquica, o la pereza de enfrentar lo áspero: sino, por el contrario, la garantía de la fidelidad al objeto y la negativa a su reproducción mecánica, a considerarlo como naturalmente dado del mismo modo en que nos es dado el mundo físico-natural.

---

<sup>157</sup>Beltrán, M. (2000) *Cinco vías de acceso a la realidad social*. En García, Ferrando, Manuel et. al. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, Madrid. p. 15.

En su concepción de la existencia de más de un solo método científico para la investigación en las ciencias sociales, Beltrán define los métodos de la sociología adecuados en cada caso al aspecto del objeto que se trata de indagar.<sup>158</sup>

*El método histórico.* Consiste en las interrogantes que el sociólogo ha de plantearse, y las interrogantes que le hará a la realidad social, acerca del *cursus* sufrido por aquello que estudia, sobre cómo ha llegado a ser como es, e incluso por qué ha llegado a serlo. No se trata de que el sociólogo se introduzca en campo ajeno a mimetice la actividad del historiador, sino de que extienda su conciencia de la fluidez de su objeto de conocimiento, sea cual fuere su ritmo, de forma que la variable de tiempo se tenga siempre presente en el estudio de la realidad social.

*El método comparativo.* Es consecuencia de la conciencia de la diversidad: la variedad de formas y procesos, de estructuras y comportamientos sociales, tanto en el espacio como en el tiempo, lleva necesariamente a la curiosidad del estudioso al examen simultáneo de dos o más objetos que tienen a la vez algo en común y algo diferente; pero la satisfacción de tal curiosidad no va más allá de la taxonomía y la tipificación, y cuando se habla del método comparativo en las ciencias sociales parece que quiere irse más lejos de esas básicas experiencias de toda ciencia.

*El método crítico-racional.* No acepta el que la ciencia social como tal asuma la tarea de fijar los fines sociales, sino que los fines sociales sean susceptibles de una consideración científica racional y crítica.

*El método cuantitativo.* Las ciencias son primordialmente cuantitativistas, en el sentido de que la medición, el resumen estadístico, la prueba de sus hipótesis y, en general, el lenguaje matemático constituyen características habituales de su trabajo. Es desde este punto de vista del que puede decirse que las ciencias físico-naturales se

---

<sup>158</sup> Ídem. p. 17.

caracterizan por el empleo de métodos cuantitativos, e incluso cabe afirmar que utilizan generalmente “el método cuantitativo”: contar, pesar y medir, con todo el extraordinario grado de sofisticación y refinamiento que caracteriza a tan simples operaciones cuando son llevadas a cabo por la ciencia. Los fenómenos y las relaciones entre fenómenos son expresados de forma matemática, esto es, cuantitativamente, y la prueba de las hipótesis se expresa igualmente en términos de probabilidad, también cuantitativamente; sólo de esta forma toman en consideración las ciencias físico-naturales la descripción o explicación de un fenómeno, o la acreditación de una hipótesis.

*El método cualitativo.* Es uno de los métodos científicos propios de las ciencias sociales, ya que sólo la especie humana vive dentro de una realidad que no sólo es material. El método cualitativo se refiere a los discursos y al lenguaje, al significado y al sentido, que constituye una dimensión de la realidad social de importancia esencial para su conocimiento científico.

Los métodos cuantitativos y cualitativos no sólo no se excluyen mutuamente, sino que se requieren y complementan, tanto más cuanto que el propósito de abarcar la totalidad del objeto sea más decidido.

### **1.2 Principios de la investigación social cualitativa.**

Bracker,<sup>159</sup> considera que la investigación social cualitativa se fundamenta en seis principios centrales que se enuncian a continuación.

*La franqueza.* La investigación social cualitativa está abierta para todos los datos, inclusive a los no esperados, para lograr informaciones instructivas. La franqueza se debe realizar en tres niveles:

---

<sup>159</sup> Bracker, M. (2002) *Metodología de la investigación social cualitativa*. Tomo I. Kassel, Alemania, p.17.

- Frente al investigado, con su personalidad individual.
- Frente a la situación de la investigación y
- Frente a los métodos, para adaptar los métodos a los objetos/sujetos y a la situación concreta.

*Flexibilidad.* Consiste en desarrollar y precisar el proceso de investigación, de manera que el problema, el manejo de la investigación, los datos, relaciones analíticas e interpretaciones nazcan de y radiquen en la vida social empírica. La flexibilidad posibilita la adaptación del investigador al objeto/sujeto y el uso del progreso de los conocimientos.

La flexibilidad debe mostrarse en todo el proceso de la investigación. Mientras que la franqueza se refiere a la postura del investigador, la flexibilidad se refiere a sus acciones y reacciones.

*Comunicación.* La interacción entre investigador e investigado se manifiesta en una comunicación verbal y/o no verbal, elemento constitutivo del proceso de investigación. Tal relación comunicativa es condición del quehacer investigativo. Ese proceso comunicativo es el centro de atención de la investigación social cualitativa.

*Carácter procesal del objeto y del desarrollo de la investigación.* Todos los fenómenos sociales tienen características dinámicas, el objeto de la investigación también tiene carácter procesal. La investigación social cualitativa tiene especial interés en los modelos de acción y su interpretación que tienen cierto carácter común.

Dichos modelos permanentemente son reproducidos y/o modificados por nuevas acciones e interpretaciones de los miembros de la sociedad. El objetivo central de la investigación social cualitativa es el proceso de constitución de la realidad y el proceso de constitución de los modelos de acción y su interpretación; para explicar los fenómenos de la realidad.

*Reflexividad de objeto y análisis.* La reflexividad del objeto es evidente, ya que todos los significados de los productos de acciones humanas lo son según el paradigma interpretativo: Cada significado es parte de un contexto, cada signo es índice de una obra compleja de reglas. Cada significado remite al total de manera reflexiva. La reflexividad también exige una predisposición abierta y reflexiva del investigador para situaciones no esperadas. La reflexividad se aplica también a la relación entre investigado e investigador.

*La explicación.* Es más una exigencia que realidad de la práctica de la investigación social cualitativa. El científico debe revelar lo máximo posible cada uno de sus pasos en el proceso de investigación. También exige la explicación de las reglas aplicadas en el análisis e interpretación de los datos o basado en cuáles reglas el investigador transforma la experiencia comunicativa en datos. El conocimiento de reglas según el paradigma interpretativo es implícito y no consciente.

El investigador tiene la posibilidad de explicar sus procesos de interpretación de sus datos, aunque con eso no garantiza la validez de dichas interpretaciones, sino solo la comprensión de los resultados. Por lo que la exigencia de explicación no se puede cumplir en su totalidad.

### ***Tipos metodológicos de investigación social cualitativa.***

La topología de la investigación social cualitativa se sustenta en la propuesta de los estudios de Lüders y Reichertz (1986, p. 92), y Reichertz y Schröer (1994, p. 58); ellos establecen las diferencias según las perspectivas de las investigaciones. En seguida se presentan los referidos tipos metodológicos.

*El reconocimiento del significado imaginado subjetivo (la lógica del individuo).* En este tipo se puede agrupar la “Oral History” y la versión original de la investigación

biográfica. Que tienen su centro de interés en el individuo y las circunstancias de su vida. Se investiga experiencias personales y subjetivas del sufrimiento y su desarrollo.

El principio metódico es la máxima participación posible de los investigados en el proceso de la investigación en forma dialógica. El investigador se entiende como interlocutor válido de los investigados. Trabaja con información de declaraciones y su archivo. Existe el peligro de quedarse en la simple repetición de las palabras del investigado.

*La descripción de la acción social o del ambiente social (la lógica sociológica).* Se aplica en el análisis del mundo cotidiano orientado en etnografía o fenomenología. La descripción del ambiente social orientada en la fenomenología quiere descifrar la simbología de un mundo cotidiano de vida con datos de observación recolectados de manera muy precisa y –si es posible– no interpretados. Normalmente se combinan enfoques biográficos y etnográficos. La mayoría de los autores prefieren las entrevistas y la observación como métodos.

*La reconstrucción de estructuras profundas (la lógica estructural).* El interés de éste tipo de investigación es la lógica estructural o de las “reglas implícitas” que generan acciones y sus interpretaciones, es decir, lo que dichos conceptos quieren explicar. Se basan en las teorías de competencia, en principios del estructuralismo o del constructivismo y/o del interaccionismo simbólico. Al individuo se le entiende como portador de estructuras y ejecutor de reglas. Con la investigación se pretende detectar los “sentidos objetivos” de las acciones. Se busca la estructura objetiva del sentido de declaraciones concretas, pensando que dicha estructura del significado forma la base latente de acciones y declaraciones que normalmente no es idéntica a los sentidos que se representan psíquicamente en los individuos.

### **1.3 Conceptos básicos de la investigación científica.**

*El problema a investigar.* Es el origen concreto de la investigación consiste en una pregunta o un interrogante sobre la realidad. Constituye también su objetivo o fin próximo, en cuanto que lo que se pretende lograr con la investigación es su solución.<sup>160</sup>

*Objetivo de la investigación.* Debe expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación y deben ser susceptibles de alcanzarse.<sup>161</sup>

*Preguntas de investigación.* Consiste en plantear el problema o pregunta de investigación, a través de varias preguntas. El planteamiento de preguntas tiene la ventaja de reducir la distorsión en la investigación.<sup>162</sup>

*Las hipótesis* son enunciados especiales caracterizados, desde el punto de vista epistemológico, por ser ideas supuestas no verificadas pero probables y, en cuanto a su contenido ontológico, por referirse a variables o relaciones entre variables.<sup>163</sup>

Las hipótesis son ante todo enunciados que expresan lingüísticamente juicios, es decir, afirmaciones o negaciones sobre la realidad.

Se distinguen en el enunciado, como elementos fundamentales, su contenido o significado, lo que afirman o niegan, y su forma lingüística. Asimismo, su significado les viene de que enuncian o declaran algo de una cosa, es decir, de una realidad distinta e independiente.

*La muestra.* En esencia la muestra es un subgrupo de la población, es decir, es un subconjunto de elementos que pertenecen al conjunto definido en sus características al que se llama población. Básicamente las muestras se clasifican en dos grandes

---

<sup>160</sup>Sierra, B. (1998) *Técnicas de investigación social*. Paraninfo, Madrid. p. 43.

<sup>161</sup> Rojas, R. (1981) *Guía para realizar investigaciones sociales*. UNAM. México. p.36.

<sup>162</sup> Ídem. p. 39.

<sup>163</sup>Sierra, B. Op. cit., p. 71.

ramas, las probabilísticas y las no probabilísticas, elegir entre una u otra, depende de los objetivos, del esquema y de la contribución de la investigación.<sup>164</sup>

*Instrumentos de medición o instrumentos para la recolección de datos.* Son las técnicas mediante las cuales se obtendrán los datos buscados. Las técnicas para el acopio de datos deben reunir básicamente las siguientes características.<sup>165</sup>

*Relevancia.* La medida en términos de atributo presupone que la persona o el objeto pueden ser descritos adecuadamente.

*Fiabilidad.* Se refiere a la constancia de los resultados que produce el instrumento de medida. Se deben ofrecer medidas fiables, de manera que obtengan los mismos resultados al volver a medir el rasgo o aspecto, bajo condiciones similares del individuo u objeto en cuestión.

*Validez.* El instrumento de medida que se utiliza en una situación concreta y con propósito determinado debe realmente medir el rasgo que pretender medir. En otras palabras, la medida reproduce el atributo “verdadero”.

*Sensibilidad.* Consiste en la posibilidad de hacer suficientes distinciones con el instrumento de medida y permitir la especificidad y la exactitud de los atributos que se miden.

*Tipificación.* El instrumento de medición debe poseer unas normas o patrones estandarizados con los que se pueda comparar las puntuaciones que el individuo ha obtenido al realizar la prueba.

*La técnica de observación.* Una de las técnicas más importantes que se utilizan en cualquiera de los métodos de investigación es la observación, la cual se puede definir como el examen atento de los diferentes aspectos de un fenómeno a fin de

---

<sup>164</sup> Pássim.

<sup>165</sup> Latiesa, M. (1991) Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. P.p. 409-410

estudiar sus características y comportamiento dentro del medio donde se desenvuelve éste.

La observación de un fenómeno ayuda a realizar el planteamiento adecuado de la problemática a estudiar. Adicionalmente, entre muchas otras ventajas, permite hacer una formulación global de la investigación, incluyendo sus planes, programas, técnicas y herramientas a utilizar.

La observación adopta variadas formas dependiendo de las necesidades de la propia investigación. Las formas pueden ser: Directa, indirecta, oculta, observación participativa y no participativa; entre otras.<sup>166</sup>

*Observación directa.* Es la inspección que se hace directamente a un fenómeno dentro del medio en que se presenta, a fin de contemplar todos los aspectos inherentes a su comportamiento y características dentro de ese campo. En estos casos el observador entra en contacto directo con el fenómeno observado, pudiendo permanecer aislado del mismo o participar en él.

*Observación indirecta.* Es la inspección de un fenómeno sin entrar en contacto directo con él, sino tratándolo a través de métodos específicos que permitan hacer las observaciones pertinentes de sus características y comportamientos.

*Observación oculta.* Cuando las necesidades de la investigación se requiere que el observador permanezca oculto y observe el fenómeno sin que sea notada su presencia, se dice que se trata de una observación oculta. Lo que se pretende es inspeccionar sin que la presencia del investigador pueda influir ni hacer variar la conducta y características propias del objeto en estudio.

*Observación participativa.* Es cuando el observador tiene la oportunidad de formar parte del fenómeno estudiado. Frecuentemente esta participación le permite

---

<sup>166</sup> Muñoz, C. Op. cit., P.p. 215-216

conocer más de cerca las características, conducta y desenvolvimiento del fenómeno en su medio ambiente. Incluso puede comprobar modificaciones y variaciones predeterminadas para observar los posibles cambios de comportamiento.

*Observación no participativa.* Es aquella en que el observador evita participar en el fenómeno a fin de no impactar su conducta, características y desenvolvimiento. Esto se hace con el fin de obtener información más veraz a través de una actuación normal.

*La técnica entrevista en profundidad.* Por entrevistas cualitativas en profundidad se entiende como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros son dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.<sup>167</sup>

*El estudio de caso.* Es una de las alternativas utilizadas para la realización de investigación cualitativa, su orientación holística permite revelar los múltiples atributos y relaciones complejas en el contexto del objeto de estudio. Dentro de las ventajas que ofrece este método de investigación cualitativa, está la de proporcionar los elementos para facilitar la comprensión de: Como son sus miembros, como es su estabilidad y los modos recurrentes de actividad e interacción, como están relacionados con cada uno de ellos y como es la relación de un grupo con otro u con otros grupos.

## **2. Instrumentación metodológica.**

En este apartado se procede a explicitar las preguntas de investigación y de apoyo que sustentan la investigación, así como los supuestos establecidos, el diseño de los

---

<sup>167</sup> Taylor, S. y Bogadan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Buenos Aires. p.101.

instrumentos de investigación, a saber; cedula de observación y guía de preguntas para entrevistas en profundidad, y la selección de la muestra.

### **2.1 Preguntas de investigación.**

A continuación se establecen las preguntas centrales de la investigación.

#### *Preguntas centrales.*

- 1) ¿Qué se entiende por lógica médica y por lógica administrativa y cuáles son sus componentes?
- 2) ¿Cuáles son los valores fundamentales de los médicos y cuáles los de los administrativos?
- 3) ¿Cómo perciben los médicos y los administrativos los factores que influyen en la relación entre ambos y cuáles son los efectos de esta influencia?
- 4) ¿Cuáles son las formas de comunicación entre el personal de la atención médica y el personal administrativo?
- 5) ¿Cuáles son las características esenciales de la profesión médica y de la profesión administrativa?
- 6) ¿Cuál es la percepción de los médicos y de los administrativos, de los procesos realizados para la acreditación del hospital?
- 7) ¿Cómo consideran los médicos y los administrativos, la normatividad médica y administrativa del Hospital?

### **2.2 Explicitación de supuestos.**

Toda vez que el estudio que se realiza es de índole cualitativo, se procede a la formulación de los supuestos propios de cada pregunta.

- 1) Se entiende por lógica médica y por lógica administrativa la forma de pensar y de actuar de los practicantes de estas profesiones, entendido como comportamiento.
- 2) Los valores fundamentales de los médicos son los de preservar la vida y restablecer la salud. Mientras que los valores fundamentales de los administrativos son la coordinación y potenciar los resultados.
- 3) La percepción que tienen los médicos y los administrativos de los factores que influyen en las relaciones entre ambos es que emanan de su respectiva formación profesional, y tienen efectos en su desempeño laboral.
- 4) Las formas de comunicación entre el personal de la atención médica y el personal administrativo son la escrita y la verbal.
- 5) La característica esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la salud del paciente, mientras que para la profesión administrativa es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la organización.
- 6) La percepción de los médicos y de los administrativos respecto al proceso de acreditación consiste en que se mejorara la eficiencia del hospital.
- 7) Los médicos y los administrativos consideran que la normatividad limita la realización adecuada de sus labores.

### **2.3 Identificación de variables.**

*Las variables que se consideran para el presente estudio, se mencionan a continuación, acompañadas de su respectiva definición conceptual y operacional.*

<b>Variable: Valores</b>	
<p><b><i>Definición conceptual.</i></b></p> <p>Suchman, define al valor como un aspecto de una situación, evento u objeto que es investido con un interés preferencial.</p> <p>Para Rockeach, los valores son convicciones básicas de que un modo específico de conducta o una finalidad de existencia es personal o socialmente preferible a un modo de conducta opuesto o a una finalidad de existencia converso.</p> <p>Fronzizi, considera que el valor es una cualidad estructural. La interpretación que hace de la estructura, consiste en que una estructura no es igual a la suma de sus componentes, aunque las partes constituyen a la estructura, los elementos de la estructura no son homogéneos. Considera que la estructura no es abstracta, como lo son los conceptos, sino que es concreta e individual.</p>	<p><b><i>Definición operacional.</i></b></p> <p>Los valores expresan la esencia del hombre y contribuyen a su desarrollo haciéndola trascender con la realización de valores de libertad, igualdad, justicia y muchos otros más. Son los valores positivos los que reflejan el deseo del bien de la humanidad, los correspondientes valores negativos, han contribuido a todas las formas de deshumanización que, por ser el hombre libre, son posibilidades del hombre.</p> <p>Un juicio de valor racional referente a una determinada acción debiera considerar el conocimiento fáctico de sus consecuencias inmediatas y a largo plazo, y compararlas con las de otros cursos de acción posibles. También es importante distinguir entre valores intrínsecos, que se refieren a los resultados posibles y valores que sirven para llegar a esos fines.</p>

Cuadro 23. Variable: Valores. Fuente: Elaborado por el autor.

<b>Variable: Comportamiento</b>	
<p><b><i>Definición conceptual.</i></b></p> <p>El comportamiento humano es la resultante de una serie de factores psicológicos de personalidad individual y no psicológicos, tales como los factores biológicos (herencia), antropológicos (conformación histórica), sociológicos (interacción grupal), económicos (relaciones de producción) y políticos (sistema de poder y dominación). Estos factores interactúan, manteniendo una dinámica responsable por la formación, desarrollo y cambios en el comportamiento. El comportamiento del hombre está influido por las variables que dinamizan el sistema social y su conducta es el resultado de esa influencia, que continuamente cambia.</p> <p>La conducta observable de cada persona es el resultado de las actitudes hacia determinadas situaciones u objetos o, de otro modo, las actitudes de una persona determinarán su conducta.</p>	<p><b><i>Definición operacional.</i></b></p> <p>Los objetivos primarios de los médicos son: preservar la vida, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento de sus pacientes manteniendo la dignidad de los pacientes. El comportamiento ético hacia los pacientes es el que en gran medida promueve e impulsa estas metas y fortalece la relación médico-paciente. Cuando no hay emergencia, la relación generalmente se inicia al escoger el paciente a su médico y éste acepta la responsabilidad de su atención, esto se facilita cuando la selección es libre por ambas partes.</p> <p>Cuando un administrador identifica en un trabajador conductas que él considera como una desviación de lo esperado en el plan de trabajo, analiza sus posibles causas, para no incurrir en decisiones precipitadas y de pobres resultados,</p>

Cuadro 24. Variable: Comportamiento. Fuente: Elaborado por el autor.

<b>Variable: Comunicación</b>	
<p><b><i>Definición conceptual.</i></b></p> <p>La comunicación puede ser entendida como la función indispensable de las personas y de las organizaciones mediante la cual la organización o el organismo se relaciona consigo mismo y su ambiente y relaciona sus partes y sus procesos internos uno con otro.</p> <p>La importancia de la comunicación radica en que comunicarse es ante todo abrirse a los demás, y ya que el hombre no es un ser aislado, necesita establecer contacto con sus congéneres, para expresar necesidades, afectos, ideas, etc. Y esto requiere de un código común y convencional que es el medio por el cual se va a poner en contacto; este contacto no es propiamente físico sino que va a ser el canal para la transmisión de lo más profundo de la persona, “sus pensamientos” y esto se da habitualmente por medio de palabras expresadas de manera escrita o verbal.</p>	<p><b><i>Definición operacional.</i></b></p> <p>Dentro de las organizaciones hospitalarias, la comunicación es necesaria para una amplia gama de propósitos. Se requiere un flujo de comunicación constante básicamente para tres áreas generales: Para un seguimiento clínico o un tratamiento, incluyendo la supervisión y la revisión de varias intervenciones de tratamiento y transmisión de antecedentes e instrucciones a quienes tratan a los pacientes; para la realización de investigación clínica; y, para la administración, en la que se incluye información para la planeación y el control de las adquisiciones así como uso de los recursos del hospital y la evaluación de su eficiencia y desempeño.</p> <p>La comunicación en una organización requiere el reconocimiento del hecho de que existen varias formas de comunicación y de medios. Estas formas pueden variar desde la transmisión de la información a un solo individuo y de la comunicación entre individuos, hasta los sistemas más complejos que mantienen unidos a los miembros de la organización y que proporcionan los medios por los cuales se relacionan una con otra las partes de la organización y con otras organizaciones. Sin embargo, la comunicación efectiva depende principalmente de crear entendimiento entre los individuos.</p>

Cuadro 25. Variable: Comunicación. Fuente: Elaborado por el autor.

<b>Variable: Normatividad</b>	
<p><b><i>Definición conceptual.</i></b></p> <p>La normatividad es considerada como el conjunto de normas aplicables a una determinada materia o actividad; entendiéndola la norma como regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, así como las actividades de una unidad o de toda la organización.</p> <p>Una norma es establecida por la costumbre; de común acuerdo o por cuerpos científicos profesionales o gubernamentales; una acción administrativa o legal, después de amplias observaciones, experimentación, trabajos de investigación, pruebas o planteamientos y, frecuentemente, un compromiso; generalmente una norma se queda corta del ideal y su dirección puede ser limitada; su objeto es servir como base práctica para la institución de procedimientos que aseguren la conformidad de parte de un grupo o grupos de personas, dentro de los campos de condiciones tecnológicas, institucionales u otras limitantes en que operan, y proporcionar un criterio y un medio de control sobre las actividades cuando va acompañado de inspección, informes u otros medios, al nivel en que su cumplimiento puede hacerse más efectivo.</p>	<p><b><i>Definición operacional.</i></b></p> <p>La normatividad médica se manifiesta en documentos clínicos que son importantes, ya que en ellos se hacen constar hechos y actos relativos a la atención médica prestada a una persona determinada.</p> <p>Los documentos médicos son variados y cumplen distintas funciones, pero una de las más importantes e interesantes es que en caso de controversia relacionada con la práctica médica se convierten en un medio de prueba escrita que adquiere una importancia decisiva en la resolución de la misma.</p> <p>En las organizaciones, las normas formalizadas están escritas en manuales organizacionales estableciendo reglas y procedimientos que los empleados deben seguir. La realización de las actividades administrativas con eficiencia, así como las operativas, y debido a que los métodos administrativos requieren de mucha atención por la gran cantidad de detalles que contienen; se hace necesario contar con manuales de consulta permanente dirigidos al personal, con información detallada y actualizada que sirva de guía acerca de la organización de la entidad.</p>

Cuadro 26. Variable: Normatividad. Fuente: Elaborado por el autor.

<b>Variable: Profesión</b>	
<p><b><i>Definición conceptual.</i></b></p> <p>La profesión puede entenderse como una vocación en la cual el conocimiento manifestado de algún apartado del saber, se utiliza en su aplicación a los asuntos de otros o en la práctica de un arte fundado sobre la misma.</p> <p>La profesión puede ser una ocupación organizada, que logra el derecho exclusivo para realizar un tipo particular de trabajo, el control de la capacitación y su acceso a ella, y el control al derecho de determinar y evaluar la forma en que se ejecuta el trabajo.</p> <p>La profesión puede definirse como la actividad personal, puesta de una manera estable y honrada al servicio de los demás y en beneficio propio, a impulsos de la propia vocación y con la dignidad que corresponde a la persona humana.</p>	<p><b><i>Definición operacional.</i></b></p> <p>El trabajo medico es un trabajo individual, su función es el trato directo con el paciente, esta relación incluye dos aspectos básicos el primero de ellos relacionado con la salud fisiológica del paciente y el segundo de los mismos relacionado con la parte psicológica con la comprensión del padecimiento y la forma en que afecta al paciente, esta ultima perfectamente compatible con el trato y el respeto hacia los pacientes.</p> <p>En lo referente a la salud fisiológica se debe comprender que existen dos factores que inciden en el éxito del tratamiento, el conocimiento del medico para solucionar el problema de salud y el segundo la colaboración del paciente para seguir las recomendaciones del medico.</p> <p>Los administrativos se caracterizan porque sus labores son base de funcionamiento de las organizaciones, en ellos recae el manejo organizacional, la visión global de la organización, su dedicación es exclusiva y directa, dentro de este grupo de profesionistas, están los que desarrollan labores estratégicas de planeación, organización, dirección y control, y los que realizan labores operativas, a este grupo también se conoce con el nombre de personal de soporte, por ser el equipo de trabajo que da el soporte a todo el funcionamiento de la organización de salud.</p>

Cuadro 27. Variable: Profesión. Fuente: Elaborado por el autor.

### 3. Diseño de instrumentos de recolección de datos.

Una vez establecidos las preguntas y supuestos en las secciones anteriores, procedemos en este apartado a elaborar los instrumentos de recolección de datos, consistentes en una cedula de observación, en una guía de preguntas para entrevistas en profundidad al personal del hospital, y una guía de preguntas para entrevistas a pacientes.

<b>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - IZTAPALAPA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS</b>	
<b>HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”</b>	
<b>ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA LÓGICA MÉDICA Y LA LÓGICA ADMINISTRATIVA</b>	
<b>GUÍA DE OBSERVACIÓN A:</b>	
<b>SUBDIRECCIÓN DE URGENCIAS, SERVICIOS MÉDICOS DE GINECOOBSTETRICIA, ANESTESIOLOGÍA Y PEDIATRÍA.</b>	
<b>OBJETIVO:</b> Obtener información que permita comprender y explicar como es la relación entre la lógica médica y la lógica administrativa.	
Aspectos a observar de la relación entre lógica médica y la lógica administrativa.	
<i>Valores:</i>	Lo prioritario para los médicos y para los administrativos.
<i>Comportamiento:</i>	Las actitudes que destacan en la relación entre el personal de la salud y el personal administrativo.
<i>Comunicación:</i>	Las formas de comunicación entre los médicos y los administrativos y cuales son sus características.
<i>Normatividad:</i>	La actitud de los médicos y administrativos ante la normatividad médica y administrativa.
<i>Profesión:</i>	Las características esenciales del ejercicio de la profesión médica y de la profesión administrativa.

Cuadro 28. Guía de observación. Fuente. Elaborado por el autor.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - IZTAPALAPA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”**

**ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA LÓGICA MÉDICA Y LA  
LÓGICA ADMINISTRATIVA**

**GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD**

**PREGUNTAS A MÉDICOS, ENFERMERAS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO**

**OBJETIVO:** Obtener información que permita comprender y explicar como es la relación entre la lógica médica y la lógica administrativa

Núm. de entrevista:

Nombre completo:

Sexo:

Edad:

Puesto:

Antigüedad en el Puesto:

Antigüedad en el Hospital:

Relación laboral:

Escolaridad (licenciatura, especialidad y subespecialidad):

Contexto (cómo se desarrollo la entrevista, que hubo de significativo en su desarrollo y explicar porque se considera que sucedió así):

Comentarios generales:

1. ¿Considera usted que existe una diferencia entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo?
2. ¿Para usted cómo son las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, dentro de este hospital y cuales son los elementos que integran estas dos formas?
3. ¿En su opinión, considera que son importantes las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos para el funcionamiento de del hospital; porque lo considera así?
4. ¿Cómo considera usted que es la relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, y cuales son las características fundamentales propias de la relación entre estas dos formas?
5. ¿Según su opinión, cuáles son los elementos en común que tienen las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos?
6. ¿Cómo influye la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos en sus respectivas relaciones laborales, cómo la perciben cada uno y cuales son sus efectos?
7. ¿En su opinión de donde emanan los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos, que factores

- favorecen las relaciones entre los dos y cuáles las limitan?
8. ¿Cuáles son los valores fundamentales propios de los médicos (de los administrativos) inculcados en su formación profesional, cuáles son los valores organizacionales de este hospital, y que valores aplica usted en esta organización?
  9. ¿Considera usted que los dos principales valores de los médicos son los de preservar la vida y restablecer la salud (los dos principales valores de los administrativos son la coordinación y potenciar los resultados), o usted considera otros, y cómo procura usted alcanzar estos valores cotidianamente?
  10. ¿Qué es lo que favorece el logro estos valores y que cosa limita su alcance satisfactorio?
  11. ¿Considera usted que la atención que se le proporciona al paciente es acorde con los valores del Hospital, porque lo considera así?
  12. ¿En su criterio, el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes garantizan resultados favorables para la vida y la salud del paciente, porque lo considera así?
  13. ¿Cuáles considera usted que son las formas de comunicación entre el personal de la atención médica y el personal administrativo, y cuales son sus principales características?
  14. ¿Considera usted que el sistema de comunicación en el hospital es eficaz para proporcionar un servicio de calidad, porque lo considera así?
  15. ¿Cuáles son las características esenciales de la profesión médica (de la profesión administrativa)?
  16. ¿En su criterio considera que el propósito esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la vida y la salud del paciente (el propósito esencial de la profesión administrativa es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la organización) o usted considera otro propósito, porque, y cómo logra alcanzar este propósito?
  17. ¿Cómo percibe los procesos realizados para la acreditación del hospital y cuáles considera usted que serán los efectos de la acreditación?
  18. ¿Cómo considera usted que influye la acreditación en la calidad del hospital?
  19. ¿Considera usted que existen diferencias entre la normatividad médica y la administrativa del Hospital, cuáles son, porque las considera así?
  20. ¿Usted cree la normatividad médica y la administrativa favorece o limita la realización adecuada de sus labores y porque lo considera así?
  21. ¿En su experiencia qué sucede si realiza alguna actividad sin apearse a la normatividad establecida en el desempeño de su trabajo?
  22. ¿En su opinión, ¿Cómo son las interacciones humanas entre el personal del hospital (médicos, enfermeras y administrativos)?
  23. ¿Cómo cumplen con su responsabilidad los médicos, enfermeras y administrativos en la atención que se le brinda al paciente?
  24. ¿Considera usted que los pacientes después de estar hospitalizados, salen satisfechos con la atención recibida? ¿Por qué lo considera así?

Cuadro 29. Guía de entrevistas a profundidad. Fuente. Elaborado por el autor.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – IZTAPALAPA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”**

**ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA LÓGICA MÉDICA Y LA  
LÓGICA ADMINISTRATIVA**

**GUÍA DE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD**

**PREGUNTAS A PACIENTES**

Nombre completo:

Sexo:

Edad:

Domicilio:

1. ¿Por qué motivo estuvo usted hospitalizado?
2. ¿Cuánto tiempo estuvo usted hospitalizado?
3. ¿Recibió usted información detallada sobre su diagnóstico, estudios, procedimientos, tratamiento, pronóstico y cuidados posteriores a la atención médica?
4. ¿Tuvo la oportunidad para preguntar y resolver sus dudas u otro tipo de información que le permitiera entender mejor su condición?
5. ¿Durante la atención médica recibió un trato respetuoso (buena comunicación, privacidad del acto médico, confiabilidad de la información personal, no hacerlo esperar innecesariamente)?
6. ¿Tuvo la libertad de decidir sobre el diagnóstico, estudios, procedimientos, tratamiento, pronóstico y terapéutico ofrecido?
7. ¿El médico que la atendió fue siempre el mismo?
8. ¿La asignación de las citas fue acorde con su diagnóstico, estudios, procedimientos y tratamiento?
9. ¿Cómo fueron los servicios básicos del hospital (calidad de alimentos, limpieza de salas, baños y ropa de cama; ventilación, iluminación, disponibilidad de agua caliente)?
10. ¿Durante la atención médica que recibió se le permitió estar acompañado de una persona elegida por usted?
11. ¿Ante una nueva necesidad regresaría usted a solicitar la atención médica en este hospital?
12. ¿Cómo le gustaría ser atendido en el Hospital?

Cuadro 30. Guía de entrevistas a profundidad. Fuente. Elaborado por el autor.

#### **4. Determinación de la muestra.**

Para esta investigación, la muestra es de conveniencia, se constituyó en dos apartados: una para la observación y otra para las entrevistas en profundidad.

Por la formación profesional del investigador en ciencias administrativas, no poseer un título académico relacionado con las ciencias de la salud y no ser trabajador del HGR, se limitó el acceso a las áreas exclusivas del personal de la atención a la salud, como son: los consultorios médicos, las salas de encamados, los quirófanos, e inclusive se le impidió detenerse a observar al transitar por los pasillos en donde se encuentran los pacientes encamados.

Derivado de lo anterior, el investigador no tuvo la posibilidad de delimitar la muestra del estudio; para la técnica de observación, ésta le fue asignada por el personal que coordinó su presencia en el hospital. La explicación sobre la decisión de las áreas y servicios médicos designados para la realización del estudio, fue por representar la mayor actividad en el hospital. Además se le indicó al investigador que el proceso de la observación se realizaría en las oficinas de los responsables servicios médicos asignados, mismos que a continuación se mencionan:

- Ginecoobstetricia, es el servicio de mayor demanda del hospital, donde se observaron en promedio entre 15 y 20 personas diariamente entre médicos, personal administrativo y expacientes, durante agosto de 2005.
- Subdirección de urgencias, atención a personas traumatizadas y en estado de shock, donde se observaron en promedio cinco personas diarias, entre médicos y personal administrativo, durante septiembre de 2005.
- Anestesiología, servicio para el apoyo en todas las cirugías, donde se observaron en promedio cinco médicos diariamente, en octubre de 2005.

- Pediatría, servicio para niños y jóvenes hasta los 18 años, observándose en promedio tres médicos diariamente, durante noviembre y diciembre de 2005.

Durante los meses de observación, se generaron actitudes de aceptación de la presencia del investigador por parte del personal médico del HGR, que influyó en la posibilidad de conformar una muestra de 18 personas para la etapa de entrevistas en profundidad, integrada por médicos ginecoobstetras, urgenciólogos, traumatólogos, anesthesiólogos y pediatras; personal de enfermería, personal administrativo y pacientes, situación que fue acordada con el director de la tesis, en el siguiente cuadro se describe los grupos de médicos entrevistados.

<b>Grupos de entrevistados</b>	<b>Número de entrevistas</b>
Médicos Ginecoobstetras	2
Médicos Urgenciólogo – Traumatólogo	2
Médicos Anesthesiólogos	2
Médicos Pediatras	2
Enfermeras	2
Administrativos	3
Pacientes	5
<b>Total</b>	<b>18 personas</b>

Cuadro 31. Grupos médicos entrevistados.

## **Capítulo IV.- Estudio de caso en el Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México.**

### **1. Metodología aplicada.**

El estudio de caso es una de las alternativas más utilizadas para la realización de investigación cualitativa, su orientación holística permite revelar los múltiples atributos y relaciones complejas en el contexto del objeto de estudio. Dentro de las ventajas que ofrece este método de investigación está la de proporcionar los elementos para facilitar la comprensión de: Como son sus miembros, como es su estabilidad y los modos recurrentes de actividad e interacción, como están relacionados con cada uno de ellos y como es la relación de un grupo con otro u con otros grupos.

Tomando en cuenta el objeto del presente estudio, se consideró pertinente aplicar el tipo de investigación cualitativa, referido a la descripción de la acción social o del ambiente social, mencionado en el capítulo III de este trabajo, el cual se aplica en el análisis del mundo cotidiano, que a juicio del autor, es la más propia a las preguntas de investigación y a los supuestos planteados.

La investigación se realizó aplicando la técnica estudio de caso, y como instrumentos de recolección de datos, la observación y la entrevista en profundidad. Se procuró que la recolección de datos y el trabajo de interpretación fueran realizados con la mayor precisión posible.

Como se mencionó en el capítulo III para esta investigación, la muestra es de conveniencia, y se organizó en dos apartados: Una para la observación y otra para las entrevistas en profundidad.

El origen de la observación y de las preguntas estuvo en razón de siete supuestos de investigación, con preguntas exploratorias de ideas relacionadas al tema

de investigación para profundizar en la indagación de mayores elementos para su especificación.

Los instrumentos para el acopio de información se aplicaron en las instalaciones del HGR objeto del estudio, el tiempo estuvo distribuido de la siguiente forma:

Del mes de agosto a diciembre de 2005, se aplicó el instrumento de observación y del mes de abril a junio del 2006 tuvo lugar la aplicación de las entrevistas en profundidad.

Durante el periodo de enero a marzo de 2006, se realizaron trabajos de recolección de información teórica, avance en la construcción del marco teórico, construcción de la guía de preguntas de entrevistas en profundidad y se desarrolló un ejercicio de prueba piloto de la guía de preguntas.

Respecto a la observación, por el perfil profesional que posee el investigador, se le limitó el acceso a las áreas exclusivas del personal de la atención a la salud, condición que le impidió la posibilidad de delimitar la muestra del estudio.

La muestra para la observación, le fue asignada por el personal que coordinó presencia del investigador en el HGR, la explicación sobre la decisión de servicios médicos designados para la realización del estudio, fue por representar la mayor actividad en el hospital. Además se le indicó al investigador que el proceso de observación se realizaría exclusivamente en las oficinas de los responsables servicios médicos asignados, mismos que a continuación se mencionan:

- Ginecoobstetricia, es el servicio de mayor demanda del hospital, donde se observaron en promedio 15 personas diariamente entre médicos, personal administrativo y expacientes; el período de observación se realizó durante el mes de agosto de 2005.
- Subdirección de urgencias, atención a personas traumatizadas y en estado de shock, donde se observaron en promedio cinco personas diarias, entre médicos y personal

administrativo, el período de observación se llevó a cabo durante el mes de septiembre de 2005.

- Anestesiología, servicio para el apoyo en todas las cirugías, donde se observaron en promedio cinco médicos diariamente, la observación se practicó durante el mes de octubre de 2005.

- Pediatría, servicio para la atención de niños y jóvenes hasta los 18 años, observándose en promedio tres médicos diariamente, la observación se aplicó durante el mes de noviembre y la primera quincena de diciembre de 2005.

En el siguiente cuadro se manifiestan los servicios médicos que integraron la muestra para la aplicación de la observación.

<b>Servicios médicos</b>	<b>Período de observación meses de 2005</b>	<b>Personas observadas promedio</b>
Ginecoobstetricia	Agosto	15
Urgencias	Septiembre	5
Anestesiología	Octubre	5
Pediatría	Noviembre y diciembre	3

Cuadro 32. Servicios médicos en los que se realizó la observación.

En relación con la muestra para las entrevistas, durante los meses de observación, se generaron actitudes de aceptación de la presencia del investigador por parte del personal médico del HGR, que influyó en la posibilidad de conformar una muestra de 18 personas para la etapa de entrevistas en profundidad, integrada por médicos ginecoobstetras, urgenciólogos, traumatólogos, anesthesiólogos y pediatras; personal de enfermería, personal administrativo y pacientes, situación que fue acordada con el director de la tesis.

Referente a la muestra compuesta por el personal administrativo –en este grupo se incluyó a un directivo del HGR que es médico y ocupa un puesto administrativo– el investigador solicitó verbalmente ante las autoridades del Instituto de Salud del Estado,

la autorización para entrevistar al referido personal, la aprobación se manifestó con indicaciones de las autoridades a la dirección del HGR para brindar las facilidades necesarias.

Respecto a la muestra integrada por el personal de enfermería, esta fue definida por el director de tesis y el investigador; a solicitud del investigador, el personal de enfermería aceptó ser entrevistado. Es importante precisar que se decidió incluir al personal de enfermería con el propósito de contar con un punto de vista orientado a la atención a la salud que permitiera en un momento dado mayor claridad y robustez a la información obtenida; por lo que la opinión de enfermería se consideró dentro del personal médico.

En relación a la muestra conformada por los pacientes, esta fue determinada conjuntamente por el director de tesis y el investigador; las entrevistas aplicadas a esta muestra, se realizaron de manera muy discreta –sin conocimiento del personal del hospital– por las limitantes impuestas al investigador en la realización de la investigación.

En seguida a manera de concentrado, se muestran los grupos a los que pertenecen los trabajadores; así como a los pacientes.

<b>Clase de grupos</b>	<b>Número de personas</b>
Médicos y enfermeras	10
Administrativos	3
Pacientes	5
<b>Total</b>	<b>18</b>

Cuadro 33. Grupos que incluyen a los entrevistados.

Con el fin de mostrar de manera precisa la muestra, se consideró conveniente incluir el siguiente cuadro en donde se incluye el tipo de profesión que poseen los entrevistados, así como a los pacientes.

Áreas de especialidad	Número de personas
Médicos Ginecoobstetras	2
Médicos Urgenciólogo – Traumatólogo	2
Médicos Anestesiólogos	2
Médicos Pediatras	2
Enfermeras	2
Administrativos	3
Pacientes	5
<b>Total</b>	<b>18 personas</b>

Cuadro 34. Tipo de profesión y pacientes que conformaron la muestra.

Las entrevistas se apegaron a una guía de 24 preguntas que durante la realización del estudio se vieron enriquecidas con preguntas adicionales surgidas en el momento de aplicación de la entrevista en turno, llegando a formularse en promedio más de 35 preguntas en cada entrevista.

Las entrevistas aplicadas a los médicos se realizaron en diversos lugares como: Las oficinas de los jefes de los servicios médicos, la biblioteca del HGR, los vestidores de los quirófanos, consultorios de médicos y sala de juntas de la subdirección de urgencias. A continuación, en expresión gráfica se presenta el orden secuencial por clasificación de la aplicación de las entrevistas.

Médicos-Enfermeras-Administrativos-Pacientes.	Fechas de Entrevistas (Año: 2006)	Cantidad de Entrevistas
Anestesiólogos	07 de Abril	1
	12 de Abril	1
Traumatólogos - Urgenciólogos	11 de Abril	1
	12 de Mayo	1
Ginecoobstetras	10 de Mayo	1
	11 de Mayo	1
Pediatras	25 de Mayo	1
	08 de Junio	1
Enfermeras	08 de Mayo	1
	11 de Mayo	1
Administrativos	09 de Mayo	1
	10 de Mayo	1
	19 de Mayo	1
Pacientes	09 de Mayo	4
	15 de Mayo	1
<b>Total</b>		<b>18</b>

Cuadro 35. Programa de entrevistas por clasificación para el estudio cualitativo.

Una vez considerados los orígenes y la conformación de las muestras para la observación y la entrevista, así como los periodos de aplicación de las mismas; a continuación se expresa esquemáticamente la clasificación de los temas de estudio.

I) Lógica médica y Lógica administrativa.

1) Valores.

- a) Principales.
- b) Inculcados y practicados.
- c) Organizacionales del hospital.
- d) Atención médica y los valores organizacionales.
- e) Factores que influyen en el logro de los valores.

2) Comportamiento.

- a) Características de las formas de pensar y actuar.
- b) Elementos de las formas de pensar y actuar.
- c) La coexistencia de las formas de pensar y actuar.
- d) Características de la relación entre las formas de pensar y actuar.
- e) Elementos comunes de las formas de pensar y actuar.
- f) Factores de las formas de pensar y actuar que influyen en la realización de las funciones.
- g) Efectos de la influencia de las formas de pensar y actuar en las labores.
- h) Origen de los factores que influyen en las labores.
- i) Relaciones interpersonales.

3) Comunicación.

- a) Formas.
- b) Características.

4) Normatividad.

- a) Características.
- b) Factores que influyen en la realización adecuada de las labores.

5) Profesión.

- a) Objetivos.
- b) Características.
- c) Elementos que contribuyen al logro de los objetivos.

La siguiente gráfica permite apreciar la clasificación de los temas de estudio y sus efectos en la calidad.

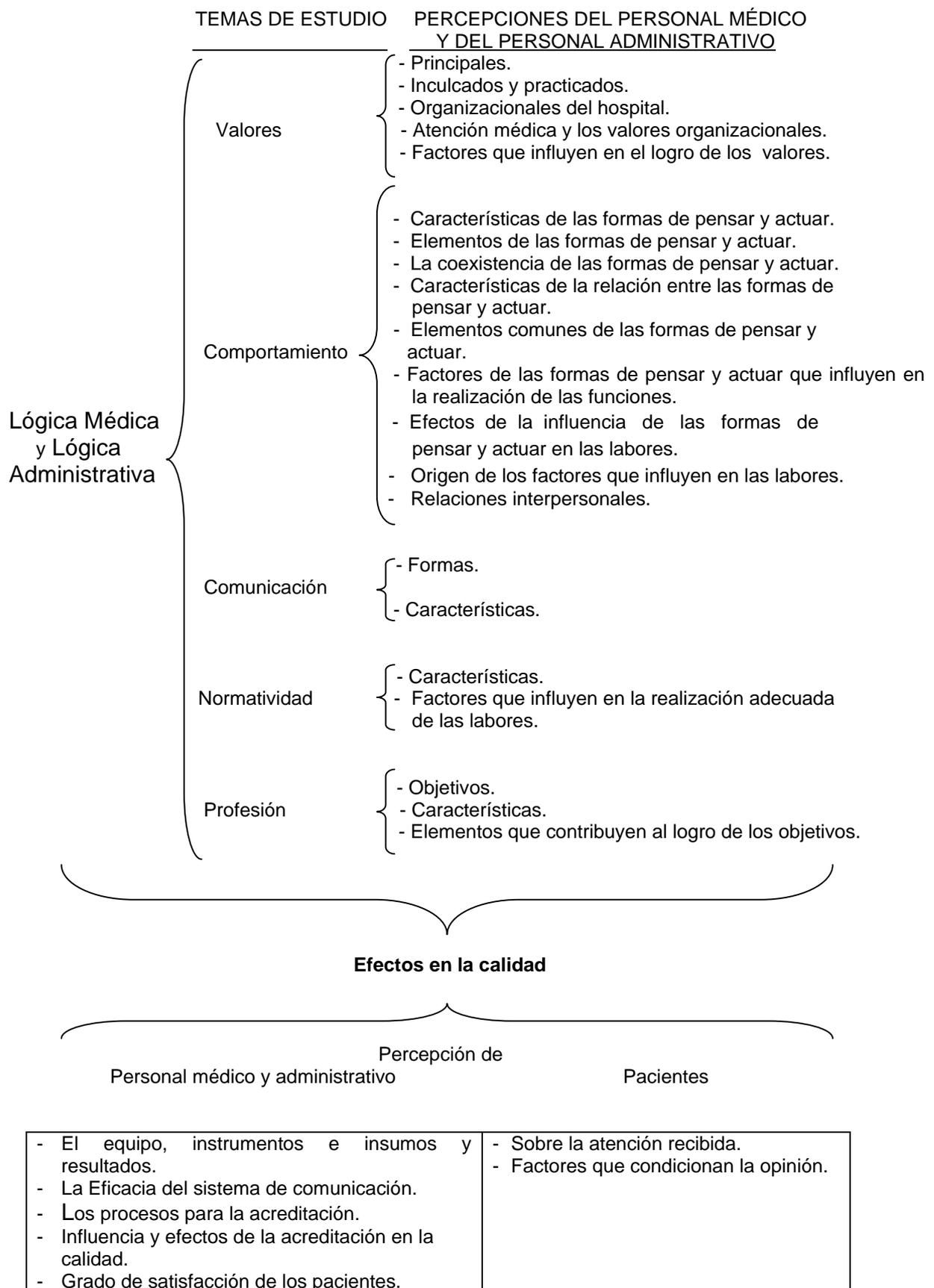


Figura 4. Clasificación de los temas de estudio y sus efectos en la calidad.

A continuación se procede a definir de manera breve la dimensión y las variables desde las cuales se realizó el estudio acerca de la lógica médica y la lógica administrativa. Posteriormente se analiza la información derivada de la observación en los servicios médicos y de las entrevistas aplicadas al personal del HGR.

*Lógica médica y lógica administrativa.* Para efectos del presente estudio, se considera que este concepto manifiesta la forma de pensar y la forma de actuar de los practicantes de las profesiones participantes. Entendida la forma de pensar y la forma de actuar como el comportamiento expresado mediante las actitudes de las personas.

*Valores.* Los valores expresan la esencia del hombre y contribuyen a su desarrollo haciéndola trascender con la realización de valores de libertad, igualdad, justicia y muchos otros más. Son los valores positivos los que reflejan el deseo del bien de la humanidad, los correspondientes valores negativos, han contribuido a todas las formas de deshumanización que, por ser el hombre libre, son posibilidades del hombre.

Dado que los valores están presentes en las diversas alternativas que tiene la persona durante su vida, y que son al mismo tiempo numerosos y distintos, el individuo que ejerce su preferencia debe sopesarlos y elegir entre ellos.

Los valores se pueden definir como un aspecto de una situación, evento u objeto que es investido con un interés preferencial.

*Comportamiento.* La conducta observable de cada persona es el resultado de las actitudes hacia determinadas situaciones u objetos o, de otro modo, las actitudes de una persona determinarán su conducta. Los científicos sociales provenientes de distintos campos concuerdan en que puede considerarse a la actitud como una predisposición a responder favorable o desfavorablemente a objetos, personas, conceptos, o a lo que fuere.

El comportamiento es definido como el conjunto de reacciones de un organismo que actúa en respuesta a un estímulo procedente de su medio interno o su medio externo y observables objetivamente.

*Comunicación.* La importancia de la comunicación radica en que comunicarse es ante todo abrirse a los demás, y ya que el hombre no es un ser aislado, necesita establecer contacto con sus congéneres, para expresar necesidades, afectos, ideas, etc. Y esto requiere de un código común y convencional que es el medio por el cual se va a poner en contacto; este contacto no es propiamente físico sino que va a ser el canal para la transmisión de lo más profundo de la persona, “sus pensamientos” y esto se da habitualmente por medio de palabras expresadas de manera escrita o verbal.

La comunicación puede ser entendida como la función indispensable de las personas y de las organizaciones mediante la cual la organización o el organismo se relaciona consigo mismo y su ambiente y relaciona sus partes y sus procesos internos uno con otro.

*Normatividad.* La normatividad es considerada como el conjunto de normas aplicables a una determinada materia o actividad; entendiendo la norma como regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, así como las actividades de una unidad o de toda la organización.

Las normas son establecidas por la costumbre; de común acuerdo o por cuerpos científicos profesionales o gubernamentales; una acción administrativa o legal, después de amplias observaciones, experimentación, trabajos de investigación, pruebas o planteamientos y, frecuentemente, un compromiso; generalmente las normas se quedan cortas del ideal y su dirección puede ser limitada.

*Profesión.* Una profesión puede entenderse como una ocupación, en que uno declara ser competente y ejercer en forma permanente. La profesión puede entenderse

en un sentido más exacto como una vocación en la cual el conocimiento manifestado de algún apartado del saber, se utiliza en su aplicación a los asuntos de otros o en la práctica de un arte fundado sobre la misma.

Una de las definiciones de profesión expresa que la profesión es una ocupación organizada, que logra el derecho exclusivo para realizar un tipo particular de trabajo, el control de la capacitación y su acceso a ella, y el control al derecho de determinar y evaluar la forma en que se ejecuta el trabajo.

## **2. Análisis de los conceptos y temas de estudio.**

### **2.1. Servicios médicos y áreas de especialidad.**

El análisis de la información obtenida mediante la observación y las entrevistas, se realiza por tema de estudio y se lleva a cabo por cada uno de los grupos identificados: Médicos –incluyen a las enfermeras–, administrativos y pacientes.

Las oficinas de los responsables de los servicios médicos en donde se realizó la observación fueron, en orden secuencial: Ginecoobstetricia, urgencias, anestesiología y pediatría.

A su vez, los grupos de personal del hospital y los pacientes entrevistados están consignados en secciones anteriores.

A continuación se especifican las principales percepciones derivadas de la observación y los conceptos de los entrevistados, haciendo referencias particulares a la procedencia de las concepciones cuando se consideren como una aportación sobresaliente. En los demás casos, las respuestas corresponden a una homologación por su consistencia y obedecen al planteamiento de preguntas incluidas en la guía.

### **2.1.1. Valores.**

La información obtenida sobre este tema mediante la observación, refleja que los conocimientos profesionales de los médicos contribuyen al logro de los valores profesionales y organizacionales del HGR, sin embargo en algunos casos se ve limitado el alcance de estos valores por la carencia de equipo, instrumentos e insumos.

Respecto al tema de valores, la información obtenida a través de las entrevistas permitió hacer la siguiente clasificación:

#### **a) Principales.**

Los médicos y las enfermeras manifiestan que dentro de sus principales valores se encuentran:

- Preservar la vida y restablecer la salud de los pacientes.
- Evitar el sufrimiento a los pacientes.
- Procurarles calidad de vida a los pacientes.
- Aplicar los conocimientos en la atención a los pacientes.
- Tener el tiempo suficiente para atender a cada paciente.
- Trabajar en equipo en la atención médica.

Uno de los médicos entrevistados afirmó:

“Mis principales valores como médico son preservar la vida, restablecer la salud y procurar calidad de vida a los pacientes”.

Por su parte los administrativos consideran que sus principales valores son:

- Coordinar los elementos de la organización.
- Trabajar en equipo con los demás miembros del hospital.
- Potenciar los resultados numéricos del hospital.

Uno de los administrativos expresó:

“Mis principales valores como personal administrativo son la coordinación y trabajar en equipo”.

***b) Inculcados y practicados.***

Respecto al tema de los valores inculcados en sus respectivas formaciones profesionales y los que practican los profesionistas entrevistados, se obtuvo la siguiente información.

Los médicos y las enfermeras expresan que los valores que les inculcaron y los que ponen en práctica diariamente son:

- El respeto a los pacientes, su individualidad, su economía y a su religión.
- El tratar con dignidad, sencillez y paciencia a los pacientes.
- El estudio, los conocimientos, la toma de decisiones y el trabajo orientado al bienestar de los pacientes.
- La honestidad y la responsabilidad para con los pacientes.
- La comunicación y saber escuchar a los demás.
- El tiempo suficiente para atender a cada paciente.
- Atender al ser humano integralmente en su vida y en su salud.
- La pulcritud y la higiene en la atención a los pacientes.
- Compañerismo con los miembros del hospital.
- La entereza en el actuar.
- La ética profesional.
- La gratitud a los pacientes por adquirir experiencia al atenderlos.
- El trabajo en equipo.
- El mejoramiento de la calidad en la atención médica.
- El respeto, la honestidad y la humildad en el proceder.
- Lealtad con los pacientes y compañeros.

- La atención con calidad a los pacientes.

Al respecto los administrativos manifiestan que los valores que les inculcaron y los que practican cotidianamente en el HGR son:

- La ética profesional.
- El sentido de servicio.
- La responsabilidad y la honestidad.

### ***c) Organizacionales del hospital.***

En relación con los valores organizacionales del hospital, los médicos y las enfermeras consideran que tales valores son:

- Brindar atención médica de calidad y calidez, y trato digno a los pacientes.
- Fomentar el compañerismo.
- El trabajo en equipo.
- La actualización profesional.
- Ser un hospital escuela.
- Lealtad con los pacientes.

En este apartado los administrativos consideran que los valores organizacionales del HGR son:

- La integridad personal.
- Proporcionar un servicio que ayude a mejorar la atención de los pacientes.

### ***d) Atención médica y los valores organizacionales.***

Respecto a la prestación de la atención médica y su congruencia con los valores organizacionales del HGR, los médicos y las enfermeras opinan.

Que existe congruencia entre la atención médica y los valores organizacionales porque:

- Existen pocos casos de mortalidad materna.

- Se atienden a pacientes de elevado nivel económico.
- Se proporciona una atención de calidad y calidez.
- Se da prioridad a los pacientes que la requieren.

A su vez, los mismos médicos y enfermeras consideraron que la congruencia entre la atención médica y los valores organizacionales, es parcial:

- Por la falta de atención interdisciplinaria.
- Por la falta de comunicación entre médicos y pacientes.
- Por la limitada calidad en los cuidados de los pacientes, debido a la insuficiencia de equipo, instrumentos e insumos.

Por su parte los administrativos consideran que la atención médica que se proporciona en el HGR es parcialmente congruente con los valores organizacionales por:

- La insuficiencia de equipo, instrumentos e insumos.

***e) Factores que influyen en el logro de los valores.***

En este apartado se obtuvo información que permitió identificar los factores que favorecen y los que limitan el logro de los valores, en seguida además de presentar la información por grupos de entrevistados, se presenta con la clasificación mencionada.

Los médicos y las enfermeras consideran como los factores que favorecen el logro de los valores a los siguientes:

- El dialogo con los demás porque disminuye el estrés.
- La actitud de servicio.
- El gusto por la profesión.
- El actuar con sencillez, con verdad, con justicia, con honestidad y con respeto.
- La actualización profesional, el fortalecimiento de la experiencia y la aplicación de los conocimientos en el ejercicio profesional.

- La práctica de la comunicación fluida con los pacientes y con el personal.
- La supervisión del trabajo de los subordinados.
- La aplicación de los métodos de higiene en la atención de los pacientes.
- El trabajo en equipo.
- La iniciativa para resolver adversidades en la atención a los pacientes.
- La atención integral a los pacientes hasta resolver su situación clínica.
- El cumplir con la jornada de trabajo.
- El mejorar la calidad en la atención médica.
- La disminución de la mortalidad materna.
- La tranquilidad de los pacientes.
- El trabajo en equipo.
- Hacer tolerable la estancia a los pacientes.
- Inspirar confianza a los pacientes.
- La atención con respeto y calidez.
- El respeto al personal del hospital.

Por otro lado afirman que los factores que limitan el logro de los valores, son:

- La falta de camas, de equipo, de instrumentos e insumos.
- La falta de identificación de algunos médicos con los pacientes.
- La estandarización del tiempo y del uso del equipo, instrumentos e insumos.
- La sobresaturación de pacientes.
- La falta de confiabilidad de los pacientes.
- La falta de colaboración entre especialistas.
- Los inoportunos resultados de estudios a pacientes.
- La insuficiencia económica del hospital.

- La negligencia en la aplicación de las medidas de higiene por parte de algunos médicos.
- La falta de voluntad de los administrativos para comprender la labor de los médicos.
- La falta de personal de enfermería y paramédico.

Por su parte los administrativos manifiestan que los factores que favorecen son:

- Diferenciar lo prioritario y lo no prioritario (opinión de un médico-administrativo)
- El interés por mejoramiento del hospital (opinión de un médico-administrativos).
- El cumplir con las responsabilidades laborales.
- La supervisión al personal.
- La gestión de más y mejores cosas para el hospital.
- La iniciativa para mejorar los sistemas de trabajo.
- El inspirar confianza al personal.
- La tolerancia en las relaciones laborales.
- La prudencia en el actuar.
- El Inculcar el sentido de responsabilidad.
- La difusión de las buenas relaciones personales.

Respecto a los factores que limitan, consideran que estos son:

- La falta de tiempo para atender todos los asuntos.
- La ausencia de coordinación laboral entre todo el personal.
- La insuficiencia presupuestal.
- La falta de voluntad de los médicos para comprender el trabajo del administrativo.

### **2.1.2. Comportamiento.**

Como se mencionó en el capítulo III, y en párrafos anteriores en este capítulo, para efectos del presente estudio, se entiende por *lógica médica y lógica administrativa* la forma de pensar y la forma de actuar de los practicantes de estas profesiones; entendida la forma de pensar y la forma de actuar como el comportamiento expresado mediante las actitudes de las personas.

La información obtenida a través de la observación sobre el tema de comportamiento, consistió en información sustentada en las actitudes de médicos que asistían a realizar acciones de: Abastecimiento de insumos a utilizar en la atención de los pacientes, recibir indicaciones sobre actividades a realizar, proporcionar información al jefe del servicio, solicitud permiso para no asistir a sus labores determinado tiempo o de proporcionar información a expacientes o a familiares de pacientes que la requieren en la oficina de la jefatura de servicio médico correspondiente.

Las actitudes observadas de los médicos manifiestan que este personal actúa con autosuficiencia en el desempeño de sus labores; generalmente actúan con respeto hacia el jefe del servicio –existen algunos médicos que actúan de manera descortés–. En el trato a los pacientes, expacientes o familiares de estos que se presentan a realizar algún trámite o a solicitar información de competencia del servicio en cuestión, los médicos generalmente adoptan una actitud de autoridad –en una ocasión el investigador preguntó a un médico porque algunos médicos adoptaban esa actitud; la respuesta fue “porque estas vienen predispuestos a exigir la atención inmediata y respuesta positiva a los asuntos que presentan; esta situación se ha incrementado debido a la orientación de la difusión que el gobierno a hecho sobre que el sistema de salud en el Estado satisface todas las necesidades de atención a la salud que la ciudadanía presente”.

Respecto a las actitudes de los pacientes, expacientes o familiares de estos, existen algunos que actúan sumisamente y también existen algunos que efectivamente actúan de manera exigente con el personal del HGR, el investigador considera que en parte, tal vez esta actitud se derive del tiempo que tienen que esperar –en ocasiones hasta cuatro horas– para que sean atendidos por el personal administrativo que apoya a los jefes de servicio, aún estando el personal administrativo en la oficina del servicio en cuestión.

Respecto al tema de comportamiento, la información obtenida a través de las entrevistas permitió hacer la siguiente clasificación.

**a) Características de las formas de pensar y actuar.**

Los médicos y enfermeras consideran que las características de su forma de pensar y actuar son:

- Se sienten como Dios porque ejercen poder sobre la vida y la muerte.
- Proceden en beneficio de los pacientes.
- Se creen superiores a los demás profesionistas.
- Actúan en función de la vida y la salud de los pacientes.
- Se sienten menos comprometidos que en otras instituciones de salud.
- Procuran atender la menor cantidad de pacientes.
- Tratan enfermedades.
- Hacen un negocio de la medicina.
- De malestar con el personal administrativo, por no contar con los insumos necesarios.
- De no tener la voluntad para comprender el trabajo administrativo.

Por su parte el personal administrativo considera que las características de su forma de pensar y de actuar son:

- Su comportamiento se basa en la normatividad administrativa y en el presupuesto autorizado.
- Actúan con estricto apego a la normatividad administrativa y le dan prioridad sobre los demás temas.
- Proceden sin considerar la opinión de los médicos.
- Asumen una actitud de autoridad sobre los médicos y las enfermeras.

**b) Elementos que integran las formas de pensar y actuar.**

El personal médico y de enfermería considera que los elementos que integran su forma de pensar y de actuar, son las siguientes.

- La atención médica integral.
- La calidad en la atención médica.
- El decidir quien vive y quien no.
- La vida y la salud de los pacientes.
- El compromiso profesional.
- El agotamiento por sobresaturación de pacientes.
- El trabajar con el dolor, emociones y sentimientos de los pacientes.
- La permanente actualización profesional.
- El tiempo perentorio en la atención médica.
- Los procedimientos médicos expeditos.
- La constante petición de equipo, instrumentos e insumos.
- La falta de voluntad para comprender la labor de los administrativos.
- La responsabilidad profesional.
- La atención con la urgencia que cada paciente requiere.

El personal administrativo asevera que los elementos que integran su forma de pensar y de actuar son:

- El control del presupuesto.
- La vigilancia de la productividad de los médicos.
- El registro de la calidad de la atención brindada por los médicos.
- La elaboración de estadísticas.
- La aspiración a puestos más elevados.
- No tener privaciones presupuestales.
- La ausencia de conocimiento de la labor de los médicos.
- La percepción salarial menor que los médicos.
- La normatividad y procedimientos burocráticos.
- La carencia de voluntad para comprender la labor de los médicos.
- La comprobación de la documentación.
- La percepción de un rechazo por parte de los médicos.

**c) *Importancia de la coexistencia de las formas de pensar y actuar.***

En este apartado, los médicos y las enfermeras consideran que es importante la coexistencia de las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos porque:

- Existe la mutua interdependencia, los médicos no saben administración y los administrativos no saben medicina.
- Porque los administrativos gestionan la suficiencia de equipo, instrumentos e insumos, y proveen a los médicos para que atiendan adecuadamente a los pacientes.
- Porque las enfermeras auxilian a los médicos en la atención a los pacientes, y los administrativos aplican controles sobre el personal y los materiales.

Por su parte los administrativos consideran la importancia de la coexistencia porque:

- Los administrativos proveen a los médicos de los instrumentos e insumos, y los médicos atienden a los pacientes.

**d) Características de la relación entre las dos formas de pensar y actuar.**

En este apartado los médicos consideran que las características son:

- Armoniosa relación en algunos casos.
- Conflictiva relación en otros casos.
- Falta de comunicación entre médicos y administrativos.
- Completa comprensión entre médicos y médicos-administrativos.
- Conciencia entre médicos y médicos-administrativos de que se trabaja con tiempo perentorio.
- Carencia voluntad para conocer la labor de los administrativos.
- Escasa relación con los administrativos.
- Falta de coordinación laboral entre todo el personal.
- La relación esta regulada por comités.
- La prioridad de los médicos, son los pacientes.
- La prioridad de administrativos, es la satisfacción de mandos superiores.
- A los administrativos les interesan las estadísticas y el presupuesto.
- Los médicos no conocen de administración.
- El respeto al personal y a los pacientes.
- Los administrativos no proveen oportunamente el suficiente material necesario.

Al respecto los administrativos afirman que las características de la relación entre las dos formas de pensar, son:

- La relación es antagónica con los médicos y las enfermeras.

- Los médicos exigen a los administrativos la resolución de sus problemas laborales cuando agotaron sus derechos.
- La relación existe por necesidad de los médicos y de los administrativos.
- Los administrativos no conocen de atención a la salud.

**e) Elementos en común de las formas de pensar y actuar.**

Los elementos en común de las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, son considerados por los médicos y las enfermeras como:

- Trabajar conjuntamente para atender a los pacientes.
- No hay elementos en común, los administrativos trabajan con papeles y los médicos con personas; cada quien trabaja por separado para su área.

Los administrativos manifiestan que uno de los elementos en común es:

- Trabajar para la atención a los pacientes.

**f) Factores de las formas de pensar y actuar que influyen en la realización de las funciones.**

En este sentido los médicos y las enfermeras afirman que los factores que favorecen la realización de sus funciones son:

- El pleno cumplimiento de las funciones médicas.
- La disposición para resolver problemas que se presentan durante la atención a los pacientes.
- La capacidad profesional para proporcionar una atención de calidad.
- La comunicación entre médicos y médicos con enfermeras.
- El respeto hacia los demás.
- El respeto hacia ellos del resto del personal.
- El tener los insumos necesarios y suficiente para los pacientes.

Asimismo, consideran que dentro de los factores que limitan la realización de sus funciones, están:

- La falta de coordinación laboral entre médicos y administrativos.
- El encasillamiento de los administrativos en la normatividad administrativa y en el presupuesto.
- La actitud de superioridad de los administrativos sobre los médicos.
- La adquisición de insumos faltos de características adecuadas.
- La demora en las respuestas a las solicitudes de los médicos.

Por otra parte los administrativos expresan que uno de los factores que favorece la realización de sus funciones, es:

- La responsabilidad en la realización de sus funciones administrativas.

También manifiestan que los factores que limitan la realización adecuada de sus labores, son:

- La falta de coordinación laboral entre médicos y administrativos.
- La falta de comprensión de su labor por parte de los médicos.
- La actitud de superioridad de los médicos sobre los demás.

***g) Efectos de la influencia de las formas de pensar y actuar en la realización de las funciones.***

Los efectos de la influencia a que se refiere este apartado, son percibidos por los médicos y las enfermeras de la siguiente manera:

- Una relación áspera entre médicos y administrativos.
- La actitud de rebeldía de los médicos hacia los administrativos.
- Los médicos intentan ser más ordenados en sus responsabilidades administrativas.

- La atención desigual a pacientes por insuficiencia de equipo, instrumentos e insumos.
- Un aumento en el estrés en los médicos.
- El riesgo de atender inadecuadamente a los pacientes, por falta de los materiales necesarios.
- Una limitada calidad en la atención de los pacientes por falta de los materiales necesarios y suficientes.
- Un sentimiento de malestar de las enfermeras hacia los administrativos.

Por su parte los administrativos consideran que uno de los efectos es:

- La intención de proporcionar oportunamente los suficientes instrumentos e insumos.

#### **h) Origen de los factores que influyen en la realización de las funciones.**

Los médicos y enfermeras consideran que los factores que influyen en la realización de sus funciones, emanan de:

- La formación profesional de médicos y de las enfermeras.
- La formación personal.
- Las funciones que realizan los médicos.
- Las decisiones del gobierno que repercuten en el funcionamiento del hospital.
- La sobresaturación de pacientes.
- El presupuesto asignado al hospital.
- La carencia de equipo, instrumentos e insumos.
- La falta de conocimiento administrativo por parte de los médicos.
- Las actitudes de superioridad de los médicos sobre los administrativos.
- Las decisiones políticas que se aplican en el hospital.
- La preferencia del sindicato por el personal administrativo.

- El apoyo del sindicato al personal incumplido.

Por su parte los administrativos consideran que los factores que influyen en la realización de sus funciones emanan de:

- La formación profesional de los administrativos.
- La formación personal.
- La ausencia de coordinación laboral entre médicos y administrativos.
- La idea de que el trabajo administrativo es más importante que el trabajo de los médicos.
- La falta de conocimiento sobre atención médica, por parte de los administrativos.
- Las actitudes de superioridad de los administrativos sobre los médicos.
- La rotación de personal administrativo.

#### ***i) Relaciones interpersonales.***

Las relaciones interpersonales entre los trabajadores del HGR, son clasificadas por los médicos y las enfermeras de la siguiente forma:

##### *Buenas relaciones:*

- De convivencia y respeto al interior de los grupos informales creados en el hospital.
- En algunos casos amistosas entre el personal.
- En la mayoría de los casos exclusivamente de trabajo.

##### *Regulares relaciones:*

- De desacuerdos por la Multidisciplinariedad en el hospital.
- Difíciles entre los grupos informales por la diferencia de los intereses de grupo.
- Entre enfermeras y médicos, por actitudes incorrectas de algunos médicos con las enfermeras.

- Entre enfermeras por la diferencia de caracteres.
- Entre enfermeras y administrativos por irresponsabilidad de los paramédicos y por la falta de suministro de insumos por parte de los administrativos.

El personal administrativo considera que las relaciones interpersonales entre todo el personal son regulares por:

- La formación personal de cada trabajador.

### **2.1.3. Comunicación.**

Durante el período que se llevó a cabo la observación, el investigador identificó que en los servicios médicos el tipo de comunicación más utilizada es la verbal, esta se utiliza para cuestiones formales e informales.

La comunicación escrita básicamente se utiliza para registros en el expediente clínico, registros en documentos médicos y trámites ante las áreas administrativas.

A continuación se expresa la información obtenida mediante las entrevistas, clasificándola por su forma y sus respectivas características.

#### **a) Formas y características de comunicación.**

Los médicos, las enfermeras y los administrativos consideran que en sus labores profesionales cotidianas en el HGR únicamente practican la comunicación escrita y verbal, a continuación se presentan las características de cada una de ellas.

De acuerdo con los médicos y las enfermeras, las características de la comunicación escrita son:

- Es de respuesta lenta.
- Se utiliza para solicitudes y quejas.
- Es específica.
- Se utiliza con mayor frecuencia en la relación con los administrativos.

- Se utiliza cuando se desea dejar constancia de los comunicados.
- Una expresión de este tipo de comunicación, es el expediente clínico.

Las características de la información verbal según los médicos y las enfermeras son:

- Es de respuesta inmediata.
- Es explícita y eficiente.
- Es la que más se utiliza entre médicos.
- Es utilizada para ventilar desacuerdos.

Por parte de los administrativos, consideran que la característica de la comunicación escrita es su utilidad en trámites oficiales, y la característica de la comunicación verbal es su utilidad en trámites urgentes.

#### **2.1.4. Normatividad.**

La observación realizada sobre este tema en los servicios médicos asignados, permitió identificar que el personal médico y de enfermería están regulados por la normatividad médica –protocolos para el manejo de pacientes– y por la normatividad administrativa – manuales administrativos y circulares–. En cambio el personal administrativo únicamente está sujeto a la normatividad administrativa.

La información obtenida a través de las entrevistas, propició que la información se clasificara de la siguiente forma.

##### **a) Características.**

Los médicos y las enfermeras consideran que dentro de las características de la normatividad médica y de la normatividad administrativa, están las siguientes:

Normatividad médica.

- Esta enfocada a la atención y cuidado de los pacientes.

- Es inquebrantable.

La normatividad administrativa:

- Es para controlar el presupuesto.
- La quebrantan los políticos.
- Esta orientada a establecer controles.

Por su parte los administrativos consideran que la característica de la normatividad médica estriba en que está orientada a la atención de los pacientes; y la característica de la normatividad administrativa es que existe para aplicar controles.

***b) Factores que influyen en la realización adecuada de las labores.***

Respecto a los factores de las normatividades señaladas con anterioridad, que influyen en la realización adecuada de las labores, el personal entrevistado opinó que en algunas ocasiones favorecen y en otras limitan las labores.

En opinión de los médicos y de las enfermeras.

La normatividad médica favorece porque:

- Esta hecha por médicos.
- Guía las acciones de los médicos.
- Permite decidir entre la aplicación de guía médica o su capacidad profesional.
- Establece la forma correcta de cuidar a los pacientes.

La normatividad médica limita porque:

- Requiere estudios que el hospital no hace y los pacientes no tienen dinero para pagarlos.
- No se actualiza a la velocidad con que se crean nuevas formas de atención médica.

Respecto a la normatividad administrativa, los médicos y las enfermeras opinan que limita sus labores porque:

- No facilita el suministro suficiente y oportuno de insumos e instrumentos médicos.
- Es rígida.
- Todo lo estandariza.
- Su difusión es limitada en las áreas médicas.

Por su parte el personal administrativo manifiesta que la normatividad administrativa favorece la adecuada realización de sus funciones porque establece los procedimientos que se deben seguir en el desempeño de sus funciones. También consideran que esta normatividad los limita porque esta llena de trámites burocráticos.

#### **2.1.5. Profesión.**

La observación que se realizó sobre este tema, arrojó información que permitió prestar atención a la marcada delimitación que existe entre los diversos grupos de especialistas del HGR; también existe informalmente una jerarquía entre las diversas especialidades, situando a la cirugía en el nivel más elevado y a la dermatología en el nivel menor; a pregunta del investigador del porque de la jerarquización de las especialidades, la respuesta fue: "Porque un médico tiene más jerarquía mientras su intervención quirúrgica en el cuerpo humano sea para atender cuestiones más delicadas". Esto significa que también dentro de las subespecialidades existe una jerarquía.

La información que mostró la aplicación de las entrevistas, se clasificó de la manera siguiente.

##### **a) Principales objetivos de la profesión.**

Los médicos y las enfermeras consideran que los principales propósitos de sus profesiones son:

- Aplicar los conocimientos en beneficio de la vida y la salud de los pacientes.

- Atender con calidad y calidez a los pacientes.
- Procurar la reincorporación de los pacientes a su sistema de vida.

Por su parte los administrativos manifiestan que el propósito principal de su profesión es aplicar los conocimientos en beneficio del hospital.

***b) Características de la profesión.***

Los médicos y las enfermeras manifiestan que dentro de las características de su profesión, están:

- Actualización profesional permanente.
- Es la profesión más humana.
- Atención inmediata a pacientes.
- No priorizar pacientes en la atención médica.
- Análisis de las repercusiones del sistema general del paciente.
- Toma de decisiones en beneficio de la calidad de vida de los pacientes.
- Responsabilidad, amabilidad, honestidad y sensibilidad en el trato a pacientes.
- Conversar porque disminuye el estrés.
- Respetar a las personas y en particular a los pacientes.
- Tratar con individualidad a cada paciente.
- Tener fe en un ser supremo.

Por otro lado los administrativos consideran que dentro de las características de su profesión figuran las siguientes:

- Sensibilidad para detectar problemas en los sistemas de trabajo.
- Aplicar controles para vigilar el adecuado uso de los recursos.
- Cuidar el presupuesto asignado al hospital.

**c) Elementos que contribuyen al logro de los objetivos.**

El personal médico y el de enfermería consideran que dentro de los elementos de sus profesiones que contribuyen al logro de sus objetivos profesionales, se distinguen:

- La actualización permanente.
- La aplicación de los conocimientos en beneficio de la calidad de vida de los pacientes.
- La ética profesional.
- El respeto a los pacientes.
- La atención con calidad y calidez a los pacientes.
- La aplicación de los conocimientos en el cuidado de los pacientes.
- El trabajo en equipo.

Por su lado el personal administrativo considera que los elementos de referencia para el caso de su profesión, son:

- El cuidar el presupuesto.
- El establecer controles internos.

**3. Efectos del análisis de los temas de estudio en la calidad del HGR.**

Una vez que se han analizado cada una de las variables: valores, comportamiento, comunicación, normatividad y profesión, desde diferentes perspectivas; se procede a analizar los efectos de las mencionadas variables en la calidad del HGR, desde las perspectivas de los propios grupos de profesionistas entrevistados y desde la perspectiva de los pacientes.

La calidad es un término polisémico que supone acepciones diferentes, tanto en el tiempo como en función de quien lo utilice y además en modo alguno es absoluto, ya

que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo y, por tanto, es algo relativo.

La calidad es un elemento estratégico en que se fundamenta la transformación para mejorar los servicios de salud modernos. La calidad en las organizaciones hospitalarias supone diversos abordajes dado que entraña significados distintos para pacientes, profesionales de la salud y administrativos. La calidad de estas organizaciones es el resultado de las políticas sobre salud, del adecuado desempeño profesional y de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de la atención médica.

Como se mencionó en el capítulo I, entre otras definiciones, se considera a la calidad como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar.

### **3.1. La calidad en la atención médica en el HGR desde la perspectiva de su propio personal.**

La información obtenida de los propios grupos de profesionistas entrevistados, permitió analizarla de la siguiente manera:

#### ***a) El equipo, instrumentos e insumos garantizan resultados favorables.***

Los médicos y las enfermeras consideran que el equipo, los instrumentos e insumos utilizados en la atención médica, garantizan resultados favorables para la vida y la salud de los pacientes, en la siguiente forma:

- Ampliamente. Se tiene el mejor equipo e instrumental en el área de neonatología.

- Parcialmente. Porque existe equipo e instrumentos deteriorados u obsoletos en las demás áreas médicas; y porque el equipo, instrumentos e insumos son insuficientes.

Por su parte el personal administrativo considera que el equipo, los instrumentos e insumos garantizan parcialmente resultados favorables por: la insuficiencia de equipo, instrumentos e insumos, y por el deterioro de los mismos.

***b) La eficacia del sistema de comunicación.***

Este tema es percibido por los médicos y las enfermeras desde las dos perspectivas siguientes.

Parcialmente eficaz porque:

- Se requiere de más comunicación multidisciplinaria.
- La comunicación es insuficiente entre todo el personal.
- La comunicación que se genera no es lo suficientemente clara.
- Falta de tiempo dedicado a cada paciente limita la comunicación médico-paciente.
- Eficaz entre las enfermeras y entre enfermeras y médicos.

Es ineficaz porque:

- Falta mejorar la comunicación en los procesos de traslado de pacientes.
- Existen quejas sobre la falta de comunicación de los médicos con los pacientes.
- Dificultad para entender a pacientes que hablan en su dialecto.
- Con el personal administrativo porque hay poca comunicación.

Por su parte los administrativos consideran que el sistema de comunicación del HGR es ineficaz por la limitada comunicación entre médicos y administrativos.

***c) Percepción de los procesos para la acreditación.***

Los médicos perciben los procesos realizados para la acreditación del HGR, de la manera siguiente:

- Están orientados a atender a los pacientes, con más responsabilidad y con más conocimientos profesionales.
- El beneficio de la acreditación es político para el gobierno.
- Se mejorarán los procesos de atención médica.
- Se realizaron únicamente para cumplir con el requisito establecido por la Secretaría de Salud.
- Los trabajos se realizaron en armonía.
- Habrá más interrelación entre médicos y administrativos.
- Se le dio prioridad al concepto de acreditación, dejando de lado la atención a los pacientes.

Por parte de los administrativos su percepción consiste en:

- Orientados a una mayor organización de las funciones de los médicos y de los administrativos.
- Habrá más mantenimiento y limpieza del hospital.

***d) Efectos de la acreditación en la calidad.***

Los médicos y las enfermeras perciben los efectos de la acreditación en la calidad del hospital, de la siguiente forma:

Efectos

- En un aumento del presupuesto.
- En mayor atención a las patologías de los pacientes.
- En una mejora de los procesos de atención y calidad del servicio médico.
- En más demanda del servicio médico.
- En más prestigio para los médicos.

- En la pronta recuperación de los pacientes.
- El reconocimiento de la labor del hospital.
- Mayor actualización del personal.
- Más burocratismo
- Mejora de los lineamientos para el manejo de los pacientes.
- Incremento de la calidad en la atención médica.
- Más supervisión sobre el personal.

Por otro lado los administrativos perciben la influencia y los efectos de la acreditación en la calida del hospital de la siguiente forma:

#### Efectos

- En mejor atención a los pacientes.
- El aumento del presupuesto.
- La contratación de más personal.
- Más mantenimiento y limpieza del hospital.

#### ***e) Percepción de la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.***

El personal médico y el personal de enfermería perciben que los pacientes que egresan del HGR salen satisfechos o insatisfechos con la atención recibida, de acuerdo a la siguiente información.

#### Satisfechos

- Por las muestras de agradecimiento.
- Por que se ha proporcionado atención a pacientes de nivel económico elevado.
- Porque se van por su propio pie.

#### Insatisfechos

- Por la actitud incorrecta de los médicos.
- Por que les difieren sus cirugías.

- Porque no son atendidos con la tecnología de punta difundida por el gobierno.
- Por la insuficiencia de espacio, equipo, instrumentos e insumos.
- Porque la evolución de su enfermedad no permitió resolverla totalmente.
- Porque la recuperación de su salud es paulatina.
- Porque sus patologías no permitieron un egreso satisfactorio.
- Porque los pacientes no tienen dinero y tienen que comprar sus medicamentos.
- Generalmente son del servicio de traumatología, porque están más tiempo hospitalizados, y porque compran sus clavos y placas.
- Porque los médicos de traumatología los dejan un poco olvidados.

Los administrativos perciben que los pacientes salen insatisfechos con la atención recibida por:

- La falta de comunicación del médico con el paciente.
- El trato impropio de algunos médicos a pacientes.
- Las carencias que tiene el hospital.

### **3.2. La calidad en la atención médica en el HGR desde la perspectiva de los pacientes.**

La siguiente información corresponde al género, el motivo y el tiempo de hospitalización, de los pacientes que fueron entrevistados, la inclusión de la información en este apartado, obedece a que se conoció una vez que se practicaron las entrevistas.

<b><i>Pacientes entrevistados</i></b>		
Género	Motivo de hospitalización	Días de hospitalización
Masculino	Hernia	1
Masculino	Pancreatitis	10
Femenino	Cirrosis hepática	8

Femenino	Úlcera gástrica	14
Femenino	Perforación de intestino	30

Cuadro 36. Pacientes entrevistados.

La percepción de los pacientes sobre la calidad en el HGR, se sustenta en la atención que recibieron durante el período de hospitalización que tuvieron; la información se obtuvo mediante la aplicación de una entrevista con una guía de preguntas exclusiva para ellos. A continuación se presenta el análisis de la información clasificada por grupos de información.

Sobre la información de su estado de salud, algunos pacientes afirman haber recibido del respectivo médico tratante, la información suficiente para comprender cabalmente el estado de salud en que se encontraban.

Por otro lado, algunos pacientes manifiestan no haber recibido la información sobre su estado de salud, porque el respectivo médico tratante no platicaba.

Respecto a la aclaración de dudas presentadas por los pacientes en relación con su estado de salud, la información obtenida refleja que algunos pacientes tuvieron la oportunidad de aclarar sus dudas con su respectivo médico tratante. Por otro lado existen algunos pacientes que no resolvieron sus dudas porque los médicos no permitieron que se les preguntara.

En relación con el trato recibido, los pacientes coinciden en afirmar que recibieron un trato respetuoso de los médicos y las enfermeras. Así mismo, manifiestan que el médico tratante de cada paciente fue siempre el mismo; además dicen haber tenido la libertad para estar acompañados por una persona elegida por ellos o por sus familiares.

Referente a la libertad para decidir sobre otras alternativas de diagnóstico, tratamiento, estudios y procedimientos clínicos; los pacientes aseguran haber tenido la

libertad para decidir sobre otras alternativas, y manifiestan que no decidieron por otras alternativas porque no tienen posibilidades económicas.

Concerniente a la programación de las citas médicas, para darle continuidad a los cuidados posteriores a las intervenciones quirúrgicas, algunos pacientes consideran que son congruentes con su estado de salud; mientras que otros consideran que son muy espaciadas.

Respecto a la percepción de los servicios básicos del hospital –calidad de alimentos, limpieza de las salas, baños y ropa de cama; ventilación, iluminación y disponibilidad de agua–, los pacientes aseveran haber contado diariamente con estos servicios que las salas, baños y la ropa de cama siempre estuvieron limpios; la iluminación fue permanente; el aseo personal se realizó con agua tibia; que únicamente la ventilación es insuficiente en las salas de encamados.

En cuanto a su sentir sobre a donde recurrirían ante una nueva necesidad de hospitalización, los pacientes manifiestan opiniones distintas; algunos aseguran que solicitarán de nuevo los servicios del HGR porque fueron bien atendidos, y otros manifiestan que solicitarían otra vez los servicios del HGR porque no tienen posibilidades económicas para pagar en otro lugar.

En relación con las preferencias de los pacientes acerca de la forma de atención médica hospitalaria para futuras necesidades, los pacientes coinciden en expresar que les gustaría ser atendidos de la misma manera que fueron atendidos en el HGR; asimismo, coinciden en manifestar que les gustaría que se les proporcionaran los medicamentos, ya que no tienen dinero y en algunos casos, ellos compraron sus medicamentos.

### ***Factores que condicionan la opinión de los pacientes.***

La apreciación del investigador respecto de la percepción de los pacientes sobre la calidad en el HGR, consiste en que éstos no cuentan con la prestación del servicio médico proporcionado por las organizaciones de seguridad social –IMSS, ISSSTE, SDN, u otras–, además en la persona de cada uno de ellos se refleja su condición de pobreza económica; asimismo, en términos generales no tienen una solidez familiar que les permita contar con un apoyo en determinados momentos. Uno de ellos lo expresó de la siguiente manera:

“No quiero ser hospitalizada porque tengo cinco niños chiquitos y no hay quien los cuide”.

De igual manera, prácticamente la totalidad de los pacientes entrevistados, viven en poblaciones rurales, fuera del municipio de Tuxtla Gutiérrez, en donde se encuentra el HGR. El investigador traduce esta situación en que cuando llegan al HGR acuden con determinado grado de avance de las patologías que padecen, por lo que requieren atención médica inmediata, en la mayoría de los casos.

De manera aunada, existe el convencimiento en los pacientes de no tener otra alternativa de atención médica que puedan alcanzar, dadas sus condiciones; por lo que continúan asistiendo al HGR para acudir a sus consultas médicas programadas.

En mi opinión, las circunstancias descritas en renglones anteriores, influyen en la percepción de los pacientes respecto a la calidad en el HGR, condicionando de manera significativa sus comentarios plenamente a favor del HGR.

#### **4. Conceptos encontrados durante la investigación empírica en el HGR, relacionados con los supuestos establecidos.**

Para llevar a cabo la presente tesis sobre *La relación entre la lógica médica y lógica administrativa*, se plantearon supuestos relativos a valores, comportamiento, comunicación, normatividad y profesión; enseguida se expondrán algunos comentarios sustentados en conceptos encontrados durante la investigación en el HGR.

En relación con los valores se encontró que aún cuando el personal médico y el personal administrativo afirman que uno de sus principales valores es el trabajo en equipo, en la conjugación cotidiana de las labores médicas y administrativas, no es tan evidente; mientras que al interior de las labores de cada grupo de profesionistas, si se manifiesta.

También se encontró que en la mayoría de los casos, existe una concordancia entre los valores inculcados en la formación profesional de cada grupo de profesionistas, los organizacionales del HGR y los practican diariamente médicos y administrativos; a decir de ambos grupos, la limitante fundamental de no poder proporcionar una atención médica integral y completa, es la insuficiencia de equipo, instrumentos e insumos.

En relación al comportamiento, se logró encontrar que una de las características en este renglón es la actitud de superioridad que asumen los médicos sobre los administrativos y estos como respuesta asumen una actitud de rebeldía ante aquellos.

Del mismo modo se encontró que tanto los médicos como los administrativos están plenamente convencidos de la necesidad de la coexistencia de los mencionados grupos de profesionistas en las organizaciones hospitalarias, ya que afirman que en estas entidades no se podría desempeñar un grupo sin el otro.

Referente a la comunicación, se encontró que al interior de cada grupo de profesionistas es expedita, en tanto que entre médicos y administrativos es generalmente lenta y complicada. El investigador asume que tal situación es derivada de dos situaciones: la primera porque habitualmente la comunicación de médicos a administrativos es para realizar solicitudes o para dejar constancia de lo comunicado; y la comunicación de administrativos hacia los médicos es para comunicar instrucciones administrativas. La segunda se estima que es por el uso de términos técnicos propios de cada profesión, mismos que crean confusión en quienes no los dominan.

En lo que corresponde a la normatividad, una de sus características esenciales es la orientación que tiene la normatividad médica y la normatividad administrativa, las cuales no convergen para contribuir a lograr de manera expedita los propósitos organizacionales del HGR.

También existe pleno conocimiento de médicos y administrativos en cuanto que la normatividad establece la forma correcta de realizar las funciones asignadas, y también están sabedores que no obstante esta "forma correcta", en algunos casos limita el adecuado desempeño de las labores de ambos profesionistas, situación que repercute en la atención médica a los pacientes.

Respecto a la profesión, se encontró que los médicos están orientados a preservar la vida, a curar, a evitar el sufrimiento de los pacientes, entre otras, y los administrativos están orientados a establecer controles, vigilar el uso adecuado de los recursos, a la productividad de la organización; es decir, los médicos están orientados a la calidad, mientras que los administrativos están orientados a la cantidad.

## Capítulo V. Conclusiones

La presente investigación tuvo como propósito principal buscar un acercamiento hacia como es la relación entre la lógica médica y la lógica administrativa. La tarea de localizar una teoría relativa a la lógica médica y a la lógica administrativa, dio como resultado constatar la ausencia de tal teoría. Sin embargo, para efectos del desarrollo de la presente investigación, se consideró que estas lógicas responden a procesos diferentes de forma de pensar y actuar de las personas formadas en una u otra región del conocimiento humano.

Al ingresar al doctorado tuve la intención de realizar una investigación sobre cultura organizacional orientada al desempeño médico y su relación con la administración en una organización hospitalaria, durante la revisión del cuerpo teórico ya establecido en estos campos, realicé un análisis ontológico de algunos conceptos más representativos que integran las vertientes desde las cuales pretendía realizar mi investigación; dentro de estas, encontré los siguientes: valores, comportamiento, comunicación, profesión y normatividad.

Al internarme en la amplitud y profundidad del concepto de cultura organizacional, y establecer las variables del estudio, su viabilidad se redujo considerablemente por los temas que incluía la investigación empírica. Ante la dificultad para realizar la investigación en el HGR, se acordó conjuntamente con mi director de tesis dar una orientación hacia “el médico ante la administración hospitalaria”, retomando algunos de los conceptos analizados con anterioridad.

La revisión teórica para la determinación del objeto de estudio, así como para el establecimiento de preguntas y supuestos en relación al tema de estudio nos ocupó varias semanas. Una vez logrado avanzar en esta etapa, se iniciaron las gestiones oficiales para obtener la autorización y realizar la investigación en el HGR.

La solicitud verbal ante el Director General Del Instituto de Salud del Estado, fue respaldada por la solicitud por escrito emitida por la Coordinación del Postgrado en Estudios Organizacionales de la UAM-I, obteniendo la autorización prácticamente de manera inmediata. De esta manera se logró el inicio del escudriñamiento en la práctica para conjugarla con la revisión teórica.

Con el propósito de proporcionar un orden al presente apartado, se presenta el contenido en los siguientes tipos de conclusiones: teóricas, metodológicas, del estudio de caso y conclusiones de la investigación cualitativa.

### ***Teóricas.***

El campo del comportamiento humano, principal tema de estudio y donde se circunscriben los temas de valores, comunicación, normatividad y profesión que forman parte de la presente investigación. Como disciplina comienza a llamar la atención de los estudiosos de manera sistemática alrededor del inicio de siglo XX con los trabajos realizados por Taylor y sus seguidores. No obstante la existencia de indicios que refieren que anteriormente había incursiones en el tema.

Se considera que las diferentes escuelas que conforman la teoría de la administración, así como los enfoques que se han generado respecto a esta, han contribuido de manera significativa al desarrollo de estudios sobre comportamiento humano en el terreno laboral.

En el ámbito de los estudios organizacionales, con las corrientes humanistas se ha retomado la figura central del comportamiento humano en las organizaciones, desarrollando investigaciones cualitativas mediante la aplicación de estudios de caso en diferentes tipos de organizaciones.

Los valores constituyen uno de los componentes fundamentales del comportamiento, expresan la esencia del hombre y contribuyen a su desarrollo

haciéndola trascender con la realización de valores positivos que reflejan el deseo del bien de la humanidad. Los correspondientes valores negativos, han contribuido a todas las formas de deshumanización que, por ser el hombre libre, son posibilidades del hombre.

A partir del siglo XIX la filosofía empezó a señalar con especial importancia el concepto de valor, sin embargo, a la fecha no existe una decisión unánime acerca de su significado. No obstante que los estudios organizacionales han realizado trabajos sobre los valores en las organizaciones, no se ha consolidado una teoría acerca de los valores profesionales en las mismas.

La comunicación es un factor indispensable y esencial que dinamiza las labores organizacionales, en las que la interacción de los trabajadores a través de la comunicación es de vital importancia.

Estudios sobre el tema reafirman que la vida de una organización descansa en las personas que ocupan los puestos y en la comunicación que logran entre sí. La existencia de un flujo de información y de actitudes entre las personas y entre los niveles en la jerarquía organizacional, contribuyen en buena medida a que la organización logre sus propósitos.

Normatividad, este tema fue considerado para formar parte de los factores que en la presente investigación sirvieron para estudiar la lógica médica y la lógica administrativa, por ser el instrumento a que se deben ajustar las conductas, así como las actividades de un puesto o de toda la organización. Por lo que su influencia en el comportamiento de los trabajadores al interior de las organizaciones, es indiscutible.

La normatividad ha sido estudiada desde sus dos perspectivas: la formal y la informal; la primera se circunscribe al cuerpo de normas que regulan oficialmente como ya se dijo, el comportamiento y las actividades en las organizaciones. La segunda ha

tenido un desarrollo de estudio más amplio y con mayor profundidad que la primera, en este caso, en grupos informales.

Profesión, este tema es determinante en la investigación del objeto de estudio, pues las profesiones médica y administrativa forman parte de la esencia de tema central estudiado. El concepto de profesión aún no ha sido precisado y universalmente aceptado, no obstante la diversidad de estudios realizados en relación al término.

Dentro de los estudios realizados en el campo de la profesión, sobresalen los trabajos de la sociología de las profesiones, la cual ha estudiado la organización social de las actividades de trabajo, la significación subjetiva de las mismas, y las formas de estructuración de los mercados de trabajo; en donde el término profesión se identifica en la vida diaria con la práctica de las variadas ocupaciones.

Es importante precisar que existe el convencimiento del investigador en el sentido de que la lógica médica y la lógica administrativa pueden ser estudiadas desde diversas perspectivas, y de que los componentes de estas son más de los seleccionados para el presente estudio.

### ***Metodológicas.***

Existen diversas formas de acercarse al conocimiento, algunas pueden ser desde la perspectiva teórica y otras desde la empiria. Toda investigación que se jacte de ser científica debe desarrollar las dos.

La costumbre, al menos en los estudios profesionales, ha permitido la identificación de las dos principales tradiciones de investigación científica, la cuantitativa y la cualitativa, la primera generalmente aplicada en las ciencias físicas y sustentada en modelos estadísticos; en tanto que la segunda se desarrolla ampliamente en las ciencias sociales, describiendo y explicando la relación del individuo con su contexto.

La investigación de los estudios organizacionales demanda la utilización de las dos tradiciones de investigación científica.

En relación a los aspectos teleológicos de las tradiciones de investigación mencionadas, la primera de ellas está orientada a la confrontación de hipótesis, mientras que la orientación de la segunda es a la generación de propuestas de ideas (supuestos).

En el campo de los estudios organizacionales, las investigaciones demandan cada vez más una pluralidad de métodos para el abordaje científico, en respuesta a esta necesidad, se utilizó el método de *Estudio de Caso*, mediante el cual se desarrollo la investigación cualitativa que nos ocupa.

La investigación se inició con la revisión de la teoría de la administración, de la de la organización y de la calidad. En la siguiente etapa se revisó el contexto teórico de la salud en Chiapas y la teoría respecto a los componentes de la lógica médica y la lógica administrativa seleccionados para el presente estudio.

Los frutos de la revisión teórica y del aludido contexto, se vieron reflejados en la formulación de las preguntas de investigación, para que posteriormente se diseñaran los supuestos, identificando y definiendo las variables de la investigación.

Para la obtención de información del campo empírico se diseñaron como instrumentos metodológicos una *Guía de observación* y una *Guía de preguntas para entrevistas a profundidad*, la primera se aplicó con severas limitaciones tanto del investigador por su inexperiencia en el uso de ésta herramienta, como por restricciones impuestas por el personal que coordinó su estancia en el HGR. La segunda se aplicó una vez realizada la prueba piloto a un medico internista del hospital, aspecto que permitió su afinación para mayor claridad y precisión.

### ***Estudio de caso.***

La ejecución del estudio de caso se realizó entre el personal del HGR agrupando por tipo de profesión a los entrevistados a estos se agregaron a los pacientes para tener su percepción de la calidad de la atención médica en el referido hospital.

Se reconoce el valor de la versatilidad del método cualitativo, ya que por su generosidad se pudo profundizar en la indagación de la información respecto al objeto de estudio y a las variables establecidas.

El análisis e interpretación de los datos obtenidos, se realizó en primera instancia ordenándolos en extractos básicos derivados de los discursos originales, posteriormente se extrajeron los conceptos básicos identificados con el objeto de estudio, después se clasificaron y categorizaron temas de estudio y conceptos en una estructura homogénea que permitió su análisis entre los grupos que constituyeron la población de estudio.

El estudio de caso fue el medio para conseguir en el terreno empírico, una serie de conceptos que se considera pueden favorecer la apertura o la profundidad de líneas de investigación en relación a la lógica médica y a la lógica administrativa o desde esta perspectiva, a la relación de estas profesiones con otras.

### ***Conclusiones de la investigación cualitativa.***

Siguiendo la orientación cualitativa de generar ideas derivadas del campo empírico, se obtuvieron una serie de conceptos que se estima enriquecerán el campo de las lógicas de desempeño profesional. A continuación se presentan las siguientes conclusiones de la investigación cualitativa.

Respecto a las variables establecidas para el estudio de la lógica médica y la lógica administrativa, los entrevistados ponderaron con sus aportaciones de conceptos más al comportamiento en relación con los demás temas de estudio.

Dentro de los conceptos aportados para el tema de comportamiento, los de mayor consistencia están: Los que se refieren a las características de las formas de pensar y de actuar de las dos formas de pensar y de actuar; los que se refieren a los elementos que integran las formas de pensar y actuar de las dos formas de pensar y de actuar; y los que se refieren a las características de la relación entre las dos formas de pensar y actuar.

Respecto al tema de valores, existe coincidencia entre el supuesto establecido y la información obtenida de los entrevistados. Además aportaron otros valores que consideran son principales entre ellos sobresalen: Evitar el sufrimiento a los pacientes en lo que respecta a los pacientes; y trabajar en equipo por parte de los administrativos.

Respecto a la percepción que tienen los médicos y los administrativos de los factores que influyen en las relaciones entre ambos. También, además de coincidir el supuesto establecido con la percepción del personal entrevistado, ellos agregan de manera significativa a las decisiones del gobierno que repercuten en el funcionamiento del hospital y la sobrecarga de pacientes.

En relación con las formas de comunicación entre el personal de la atención médica y el personal administrativo, nuevamente hay coincidencia entre el supuesto establecido y la opinión de los entrevistados.

En relación con el supuesto sobre que la característica esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la salud del paciente, mientras que para la profesión administrativa es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la organización. Además de coincidir con la opinión de los entrevistados, dentro de los conceptos aportados por estos, sobresalen: procurar la reincorporación de los pacientes a su sistema de vida, por parte de los médicos; y por parte de los administrativos, cuidar el presupuesto asignado al hospital.

Respecto a la percepción de los médicos y de los administrativos en relación al proceso de acreditación, los entrevistados refuerzan ampliamente el supuesto considerado en este tema.

Finalmente, los médicos y los administrativos consideran que la normatividad favorece y también limita la realización adecuada de sus labores. El acercamiento que se tuvo en este sentido fue que la normatividad limita las labores.

### **Factores que influyen en la forma de pensar y de actuar del personal médico y del personal administrativo.**

La apreciación del investigador respecto a la forma de pensar y de actuar del personal médico y del personal administrativo, consiste en que:

El personal médico.

- Básicamente sustenta su forma de pensar y de actuar en el hecho de que la sociedad le considera que tiene los conocimientos profesionales para influir de manera determinante en la salud y en consecuencia en la vida de los pacientes.
- Su forma de pensar y de actuar es totalmente independiente, ya que en los médicos los pacientes depositan toda su confianza, puesto que consideran que los médicos poseen los conocimientos para restablecerle la salud.
- La actitud de superioridad del personal médico respecto a los pacientes y la actitud de aceptación de esta actitud por parte de los pacientes, están influidas por la posesión de los conocimientos profesionales de los médicos y la posesión de sufrimiento por parte de los pacientes.
- Uno de los factores que influyen en la forma de pensar y de actuar del personal médico, es el hecho de estar sujetos a una serie de

reglamentaciones administrativas que limitan la libertad de su ejercicio profesional.

El personal administrativo.

- De manera fundamental, sustenta su forma de pensar y de actuar en la reglamentación administrativa que regula su desempeño laboral, y que conlleva una estructura de sanciones para quienes no la observen.
- Uno de los aspectos que influyen decisivamente en la forma de actuar y de pensar del personal administrativo, es la limitada existencia de recursos financieros y materiales que controlan para el uso en el HGR.
- Entre otros, uno de los factores que contribuyen a la limitada coordinación laboral entre el personal médico y el personal administrativo, es la falta de una plena conciencia de que tan importante es una profesión como la otra.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano**, Nicola (2003) *Diccionario de filosofía*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- Aldrich**, Howard (1979) *Organizations and Environments*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice- Hall.
- Alvesson**, Mats (1995) *Cultural Perspectives on Organizations*. Cambridge University Press.
- Alvesson**, Matt y Per Berg (1992) *Corporate Culture and Organizational Symbolism*. An Overview, Walter de Gruyter, Berlín.
- Araujo**, González Juan (2003) *El Concepto de Fiabilidad en Anthony Giddens. Análisis y crítica de una alternativa en la teoría Sociológica*, UAM, Unidad Azcapotzalco, Editorial Plaza y Valdés. S.A. de C.V., México.
- Aréchiga**, Hugo (coord.) (2003) *Ciencia y Humanismo en Medicina*, Editorial Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V., México.
- Attkisson**, C. (2002) *Administración de hospitales: fundamentos y evolución del servicio hospitalario*. Trillas. México.
- Aristóteles**, (2002) *Ética Nicomaquea*, Editores Mexicanos Unidos, S.A. México
- Audirac**, C. (2004) *ABC del desarrollo organizacional*, Trillas, S.A. de C.V., México.
- Barba**, Álvarez Antonio y Pedro C. Solís Pérez (1997) *Cultura en las organizaciones. Enfoques y metáforas en los estudios organizacionales*, Editorial Vertiente, México.
- Barnard**, Chester Irving (1938) *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge.
- Becher**, Tony (2001) *Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas*. Gedisa. Barcelona, España.
- Beltrán**, M. (2000) *Cinco vías de acceso a la realidad social*. En García, Ferrando, Manuel et. al. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, Madrid.
- Berger**, L. Peter y Luckmann Thomas (1968) *La construcción Social de la realidad*, Amorrortu editores, S.A. Buenos Aires.
- Biedermann**, Hans (1993) *Diccionario de Símbolos*, Editorial Paídos Ibérica, S. A., España.
- Bracker**, Maren (2002) *Metodología de la Investigación Social cualitativa*, Sinópsis, Kassel / Managua.
- Briones**, G., (2001), *Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales*. Trillas, México.
- Brown**, W. y Moberg, D. (1983) *Teoría de la organización y la administración*. Limusa, S.A. México.
- Burns**, Tom y Stalker G. M. (1961) *The management of Innovation*, Tavistock Publications, Londres.
- Cardaci**, Dora y González de León Deyanira, (1990) *Las profesiones en México*, núm. 3 Medicina, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México.
- Cataldi**, Amatriain Roberto M. (2003) *Manual de Ética Médica*, Editorial Universidad S.R.L., Buenos Aires, Argentina.
- Certo**, S. (1993) *Administración moderna*, Mc. Graw Hill., México.
- Churchman**, C. (1971) *The Design of Inquiry Systems* y (1979) *The Systems Approach and its Enemies*. Ackoff, R. (1962) *Scientific Method - Optimizing Applied Research decisions*. Citados en Universidad Autónoma Metropolitana (2002) *Administración y organizaciones*. Año 4, Num. 8. México.

- Churchman**, C., Ackoff R. y Arnoff. E. (1957) *Introduction to Operations Research*, John Wiley & Sons, Inc., Nueva York.,
- Churuden** y Sherman (2001) *Administración de Personal*. CECSA, México.
- Codman**, E. (1914) y (1916) The product of hospitals. *Surg Gynecol Obstet*, 1914. Y a study in hospital efficiency. *The first five years*. 1916. Citado en
- Cohen**, Michael D., March James G. y Olsen John P. (1972) *A Garbage Can Model of Organizational Choice*, *Administrative Science Quarterly*.
- Cohen**, M., y Nagel, E. (1973) *Introducción a la lógica y al método científico*, Amarrortu, Buenos Aires. Citado por Tamayo., M. (2001) *El proceso de la investigación científica*.
- CONAPO**. México demográfico. Breviario. Proyecciones de población de México 2000-2030.
- Comisión** Nacional de Arbitraje Médico (2001) *Revista CONAMED*, año 5, vol. 9, núm. 20. México.
- Consejo** de Salubridad General, de la Secretaría de Salud. Citado en **Cordera**, A. y Bobenrieth M. (1983) *Administración de sistemas de salud*, tomo I y II. Cordera y Bobenrieth, México.
- Crosby**, Philip (1999) *Calidad sin lagrimas*. Continental, S. A. de C.V. México,
- Dávila**, Anabella y Nora H. Martínez (coords.) (1999) *Cultura en organizaciones latinas*, ITESM/Siglo XXI, México.
- Davis**, K., y Newstrom J., (2001) *Comportamiento humano en el trabajo*. Mc Graw Hill, México.
- De la Garza**, Toledo Enrique (coord.) (2000) *Tratado Latinoamericano de sociología del Trabajo*, Fondo de Cultura Económica, México.
- De la Rosa** M., Victor y Hernández G. Jaime (1991) *El Médico en la Administración de Hospitales*. Trillas. México.
- Deming**, W. (1989) *Calidad, productividad y competitividad: La salida de la crisis*. Díaz Santos, Madrid.
- Diario** Oficial de la federación del 14 de mayo de 1986.
- Dobler**, López Irving F. (2002) *La Responsabilidad en el ejercicio Médico*, Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V., México.
- Dolan**, Shimon L. y García Salvador (1999) *La Gestión par Valeurs: une nouvelle culture pour les organisations*.
- Donabedian**, A. (1984) *La calidad de la atención médica*, La Prensa Médica Mexicana, S. A. México.
- Donabedian**, Avedis (1988) *Los espacios de la salud: Aspectos Fundamentales de la organización de la atención médica*. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., México.
- Dos**, Reis José Alberto (1995) *Teoría de la Acción*, Colofón S.A., México.
- Elster**, Jon y Nicolas Herpin (comp.) (2000) *La Ética de las Decisiones Médicas*, Editorial Gedisa, S.A., Barcelona, España.
- Evans**, J. y Lindsay W. (2001) *Administración y control de la calidad*. 4ª. Ed. Internacional Thomson, México.
- Fayol**, H. (1998) *Administración Industrial y General*. Herrero Hermanos, Sucs., S.A., México.
- Federación** Latinoamericana de Hospitales y OPS/OMS (1992) *Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*. 17.
- Federación** Nacional de Colegios de Licenciados en Administración (2002). *Código de ética del licenciado en administración*. Boletín técnico 006, México.
- Feigenbaum**, Armand (2001) *Control total de calidad*. 3ª Ed. C.E.C.S.A., México.

- Foucault**, Michel (2004) *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI Editores, S.A. de C.V., México.
- Foucault**, Michel (2004) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI Editores, S.A. de C.V., México.
- Foucault** Michel (2004) *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas*, Siglo Veintiuno editores, S.A. de C.V., México.
- Frenk**, Mora, J. (2001) *Programa nacional de salud 2001 – 2006*, Secretaría de Salud, México.
- Fronidzi**, Risieri (2004) *¿Qué son los valores?* Fondo de Cultura Económica, México.
- Fuente**, Juan Ramón de la, Joaquín López Bárcena (Comp.) (2002) *Referentes de Salud Pública en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fuente**, Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, (2006).
- Fuente**, Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”. Junio de 2005.
- Fuente**, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, octubre de 2005.
- Fuente**, Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2006).
- García**, Viveros Mariano (1994) *Medicina y sociedad*, Fondo de Cultura Económica, S.A., México.
- Geertz**, Clifford (2001) *La interpretación de las culturas*, Editorial Gedisa, S.A. España.
- Goffman** Erving (1991) *Los momentos y sus hombres*, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona, España.
- Gutiérrez** Sáenz Raúl (2005) *Introducción a la Ética*, Editorial Esfinge, S. de R. L. de C.V. México.
- Hall**, Richard H. (1996) *Organizaciones: Estructuras, Procesos y Resultados*, Prentice Hall Hispanoamericano, S.A., México.
- Hasenfeld**, Y. (1990) *Organizaciones al servicio del hombre*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Hans**, –George Gadamer (2001) *El Estado oculto de la Salud*, Editorial Gedisa, S.A., Barcelona, España.
- Harmon**, Michael M. y Mayer T. Richard (1999) *Teoría de la organización para la administración pública*, Fondo de Cultura Económica. México.
- Harrington**, (1984) *Business Process Improvement*. Citado por Reyes, A. (1999) *Técnicas y modelos de calidad en el salón de clases*, Trillas. México.
- Hernández**, María del Pilar (2000) *Derecho del Personal de la Salud*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial. México
- Hellriegel**, D., y Slocum, J. (1998) *Administración*. Internacional Thomson, México.
- Herrero**, Montserrat (coord.) (2003) *Sociedad del Trabajo y Sociedad del Conocimiento en la Era de la Globalización*, Pearson Educación, S.A. Prentice Hall. México.
- Hirschadler**, Ana y López Zavala Rodrigo (2003) *Ética Profesional e identidad institucional*. Coordinadores, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
- House**, Robert, Rousseau M. Denise y Thomas–Hunt Melissa (1995) *The Meso Paradigm: A Framework for the Integration of Micro and Macro Organizational Behavior*, Research in Organizational Behavior.
- Ibarra**, Colado E. y Montaña Hirose Luis (comps.) (1990) *Teoría de la organización: fundamentos y controversias*, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México.
- INEGI**, Chiapas (2000) XII Censo General de Población y Vivienda. México.
- INEGI**, Dirección General de Estadística; Dirección General Adjunta de Estadísticas Sociodemográficas; Dirección de Análisis y Estudios Demográficos y Dirección Regional

Sur; Dirección de Estadísticas; Subdirección de Control y Desarrollo Estadístico. México.

**INEGI**, (2005) Censo de población y vivienda.

**INEGI**, (2005) Estadísticas demográficas. Cuaderno No. 15.

**INEGI**, (2002) Estadísticas vitales. Base de datos.

**INEGI**, (2005) Gobierno del Estado de Chiapas e Instituto de la Mujer. Mujeres y Hombres en Chiapas.

**INEGI**, (2000) Marco Geoestadístico, México.

**Instituto** de Salud (1999) Comités Técnico Hospitalarios. Lineamientos para la Organización y Funcionamiento.

**Ishikawa**, K. (1995) *¿Qué es el control total de la calidad?* Norma S.A. Colombia.

**ISO TC 176/ STTG** (2000) ISO 9000:2000 *Sistemas de gestión de la calidad – fundamentos y vocabulario*. AENOR. Ginebra, Suiza.

**ISO TC 176/ STTG** (2000) ISO 9001:2000 *Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos*. AENOR. Ginebra, Suiza.

**Juran**, J. (1998) *Análisis y planeación de la calidad*. 3ª Ed., Mc Graw – Hill, México.

**Kast**, F. y Rosenzweig, J. (1979) *Administración en las organizaciones. Un enfoque de sistemas*. Mc. Graw Hill. México.

**Katz**, D., y Kahn, R. (1966) *The Social Psychology of Organizations*. Wiley and Sons, Inc. New York.

**Katz**, R. (1955) *Skills of an Effective Administrator* en Harvard Business Review,

**Khandwalla**, P. (1977) *The Design of Organizations*, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., USA. Citado por Chiavenato, I. (1989) *Introducción a la teoría general de la administración*. Mc Graw Hill. México.

**Kohler**, E. Diccionario para Administradores y Contadores. Uteha.

**Koontz**, H., y Weihrich H. (2001) *Administración. Una perspectiva global*. Mc. Graw Hill. México.

**Kosik**, Karel (1967) *Dialéctica de lo Concreto, (Estudio sobre los problemas del hombre y el mundo)* Editorial Grijalbo, S.A. de C.V. México.

**Krieger**, Mario (2001) *Sociología de las organizacionales: una introducción al comportamiento organizacional*. Pearson Education, S.A. Buenos Aires, Rep. Argentina.

**Kwiatkowska**, T. (coord.) (1993) *Humanismo y Naturaleza*, revista Iztapalapa, número 31, Universidad Autónoma Metropolitana –Iztapalapa, México.

**Latiesa**, M. (1991) *Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas*.

**Ley** de Salud del Estado de Chiapas (2004) Ediciones y Sistemas Especiales, S.A. de C.V., México.

**Ley** General de Salud (2005) Editorial Sista, S.A. de C.V, México.

**Lugo**, Olín Ernesto (1998) *Para ser Médico*, Editorial Trillas, S.A., México.

**Mackenzie**, Norah (1974) *Ética Profesional y Servicio Hospitalario*, Intermédica S.A.I.C.I., Argentina.

**Menendez**, Aquiles (2003) *Ética Profesional*, Editorial Herrero Hnos. Sucesores, S.A., México.

**Merrill**, Harwood F. (comp.) (1975) *Clásicos en administración*, Limusa, México.

**Merton**, Robert K. (2002) *Teoría y Estructura Sociales*, Fondo de cultura económica. México.

**Miller**, J. G. (1968) citado por Lee Thayer en *Communication and Communication Systems*. Homewood, Illinois: Richard D. Irwin, Inc.

- Mintzberg**, Henry (1991) *La Estructuración de las Organizaciones*, Editorial Ariel, S.A. Barcelona.
- Moguel**, Liévano, Manuel (2005) *Aprendizaje organizacional: naturaleza, evolución, y perspectivas*. Universidad Autónoma de Chiapas y UAM Iztapalapa, México.
- Moguel**, Liévano, Manuel (2003) *Aprendizaje organizacional: naturaleza, evolución, y perspectivas. Estudio de casos en cuatro organizaciones en México*. Tesis doctoral UAM Iztapalapa, México.
- Mondragón**, Jasone y Trigueros Isabel (1999) *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*, Siglo XXI de España Editores, S.A., España.
- Montaño**, Hirose Luís (coord.) (2004) *Los Estudios Organizacionales en México: Cambio, Poder, Conocimiento e Identidad*. UAM. México.
- Montaño**, Hirose Luis (1989) *Recortes, ensayos sobre organización*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Montaño**, Hirose Luís (coord.) (Ene-Jun. 2004) *La Dimensión Institucional en el análisis organizacional*, *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Año 25, Núm. 56., UAM., Unidad Iztapalapa., México.
- Montaño**, Hirose Luís (coord.) (Jul-Dic. 2003) *Organización y Cultura. Controversia, Complejidad y Realidad*, *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, Año 24, núm. 55, AUM., Unidad Iztapalapa., México.
- Morgan**, Gareth (1990) *Imágenes de la organización*, Alfaomega. México.
- Muñoz**, C., (1998) *Como elaborar y asesorar una investigación de tesis*. Pearson, México.
- Navarro**, Murillo Pascual (1991) *Hospitales. Normas y Procedimientos*, Editorial Trillas, S.A. de C.V. México.
- “**New JCAHO Standards Emphasize Continuous Quality Improvement**”, *Hospitals*, 5 de agosto de 1991. USA.
- Nightingale**, F. (1980) *Notes on Nursing: What if is and what is not*. Citado en <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html> . Consultado el 7 de julio de 2006.
- Oficina** de calidad (1996) *Clase mundial siglo XXI. Dos años de avance*, Citado por Reyes, A. (1999) *Técnicas y modelos de calidad en el salón de clases*, Trillas. México.
- Ortiz**, Quesada Federico (2004) *Principia Médica: La medicina del hombre*, Editores de Texto Mexicanos, S.A. de C.V. México.
- Pardinas**, F. (1969) *Metodología y técnica de la investigación en ciencias sociales*, Siglo XX, Buenos Aires. Citado por Tamayo., M. (2001) *El proceso de la investigación científica*.28.
- Pérez**, Tamayo Ruíz (1998) *Medicina y Cultura*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez**, Tamayo Ruíz (2002) *Ética Médica Laíca*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Peters**, Thomas J. y Waterman Robert H. Jr., (1984), *En busca de la Excelencia*, Lasser Press Mexicana, S.A. México.
- Pfeffer**, Jeffrey (2000) *Nuevos rumbos en la teoría de la organización. Problemas y posibilidades*, Oxford University Press México, S.A. de C.V., México.
- Powell**, Walter W. y Paul J. Dimaggio (Comp.) (1999) *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*. Estudio introductorio de Jorge Javier Romero, Fondo de Cultura Económica, México.
- Profesores-investigadores de la UAM**, Unidad Iztapalapa, *Argumentos para un debate sobre la modernidad. Aspectos Organizacionales y económicos*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. (1994) México.

- Ramírez**, Martínez Guillermo (coord.), (2004) *Desempeño Organizacional: Retos y Enfoques Contemporáneos*, UAM. México.
- Real Academia Española** (1989) *Diccionario de la lengua española*, tomo I, Espasa – Calpe, S.A., Madrid.
- Rendón**, M. (2005) Evolución y cambio del hospital: una doble aproximación. UAM-I. México.
- Resolución XV**, de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo aprobada en la Décima Sesión Plenaria, 30 septiembre 1988. México.
- Revista de ciencias sociales y humanidades**, Año 20, Núm. 48, Enero-Junio del 2000, *La administración frente a los desafíos del cambio social*, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa. México.
- Revista semestral** (Jul. 2002) *Administración y organizaciones*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Rockeach**, M. (1973), *The Nature of Human Values*, Free Press, Nueva York.
- Robbins**, S. P., (1998) *La administración en el mundo de hoy*. Prentice Hall. México.
- Rodríguez**, Mauro y Ramírez Patricia, (2004) *Psicología del mexicano en el trabajo*, McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México.
- Rojas**, R. (1981) *Guía para realizar investigaciones sociales*. UNAM. México.
- Rojas**, Soriano Raúl (1999) *Sociología Médica*, Plaza y Valdés, S.A. de C.V., México.
- Rosenblueth**, Arturo (1971) *El método científico*, Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México.
- Ruíz**, O. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- Schutz**, Alfred (1995) *El problema de la realidad social: Escritos I*, Amorrortu editores, S.A, Buenos Aires-Madrid.
- Schwartz**, Howard Jacobs Jerry (1984) *Sociología Cualitativa, Método para la construcción de la realidad*, Trillas S.A. de C.V., México.
- Scott**, W. Richard (1992) *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.
- Scott**, W., y Mitchell, T. (1972) *Organization Theory*, ed. Rev., Richard D. Irwin, Inc., Homewood, Ill.
- Secretaría de Salud** (2001) *Carta de los derechos generales de los pacientes*, Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud** (2001) Código de ética de las enfermeras y los enfermeros en México. México.
- Secretaría de Salud** (2002) *Código de conducta para el personal de salud*, Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud**. (1989) *Manual de contenido múltiple del Hospital General*
- Secretaría de Salud** (2005) *Observatorio del desempeño hospitalario 2004*, Secretaría de Salud, México.
- Secretaría de salud** (2001) Programa nacional de salud 2001 – 2006, México.
- Secretaría de salud** (2003) Primer foro nacional por la calidad, México.
- Selznick**, P. (1948) *Foundations of the Theory of Organization*, American Sociological Review, Febrero.
- Sierra**, B. (1998) *Técnicas de investigación social*. Paraninfo, Madrid.
- Sierra**, B., (1994) *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Paraninfo. España.

- Siliceo**, A. Casares, D. y Gonzalez, J. (2000), *Liderazgo, valores y cultura organizacional, hacia una organización competitiva*, Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., México.
- Simón**, H., (1982) *El comportamiento administrativo*. Aguilar, S.A., Buenos Aires.
- SSA**. Boletín de Información Estadística No. 21. Daños a la Salud, 2001.
- SSA**. Boletín de Información Estadística No. 22. Daños a la Salud, 2002.
- SSA**. Salud: México 2002.
- Stoner**, J. y Wankel, C. (1989) *Administración*, Prentice – Hall Hispanoamericana, S.A. México.
- Suchman**, E., Evaluative Research. Citado por Cordera, A. y Bobenrieth, M. (1983) *Administración de Sistemas de Salud*, Cordera, A. Bobenrieth, M. México.
- Tamayo**, M. (2001) *El proceso de la investigación científica*. Limusa, México.
- Taylor**, F. (1998) *Principios de la administración científica*, Herrero. Hnos. México.
- Taylor**, Frederick w. y Fayol Henry (1998) *Principios de administración científica, administración industrial y general*, Herrero Hermanos, Sucs., S.A. México.
- Taylor**, S. y Bogadan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Buenos Aires.
- Tena**, C. y Hernández, F. (2005) *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. Prado, México.
- Turner**, Victor (1999) *La Selva de los Símbolos*, Siglo XXI editores, S.A., México.
- Universidad** Autónoma de Chiapas, (1988). *Bienestar Social, Cambio Estructural en Chiapas: Avances y perspectivas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México.
- Velasco**, Suárez Manuel (1994) *Humanismo y Pensamiento Científico*, Tomo IV, Editorial Progreso, S.A, México.
- Vickers**, G. (1983) *Human Systems are Different*. Citados en Universidad Autónoma Metropolitana (2002) *Administración y organizaciones*. año 4, Num. 8. México.
- Weber**, Max (1947) *The Theory of Social and Economic Organizations*, Free Press, Nueva York.
- Weber**, Max (1978) *Economía y Sociedad*, Vol. 2, Guenther Roth y Claus Wittich (comps.), University of California Press, Berkeley, California.
- Woodward**, Joan (1965) *Industrial Organization: Theory and Practice*, Oxford University Press.

## PÁGINAS WEB

- <http://www.ejournal.unam.mx/rca/213/RCA21304.pdf>. Consultada el 13 de mayo del 2006.
- <http://www.facmed.unam.mx/amhe/est.htm>
- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/44/pr/pr11.pdf>, Consultada el 23 de abril de 2006.
- <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>. Consultado el 7 de julio de 2006.
- [http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/CERT\\_HOSP/HOSPITALES/HOSPITAL30ENE2006.xls](http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/CERT_HOSP/HOSPITALES/HOSPITAL30ENE2006.xls). Consultada el 10 de julio de 2006.
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/dqces/acreditacion>. Consultada el 25 de junio de 2006.

ANEXO 1.  
PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN CUALITATIVA.  
EXTRACTOS DE CADA ENTREVISTA.

## **ENTREVISTA: 01.**

1.- Existen diferencias entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo. 2) Considero que existen varios aspectos en las formas de pensar y de actuar de los médicos, los médicos se basan en que las personas les confieren poderes para decidir sobre su vida y su salud y se sienten como Dios porque ejercen poder sobre la vida y la muerte y por ende se creen superiores a los demás profesionistas; los médicos que además de trabajar en este hospital trabajan en otras instituciones de salud o también tienen su consultorio particular, piensan y actúan con mayor responsabilidad en la atención a los pacientes de las otras instituciones porque éstas son más estrictas y en la atención de los pacientes de su consultorio porque hacen un negocio de la medicina. 3) Como médico considero que la forma de pensar y de actuar de los administrativos es deficiente en relación con los factores que se relacionan con la atención de los pacientes. 4) Los elementos que integran esta forma de pensar y de actuar de la mayoría de los médicos son: Los médicos procuran terminar pronto con sus responsabilidades diarias para dedicarse a otras actividades fuera del hospital; los médicos se rehúsan a atender más pacientes que los que le corresponden para disponer de más tiempo libre en su jornada diaria de trabajo; los médicos anesthesiólogos trabajan con el dolor, con las emociones, con los sentimientos de las personas; he notado que la mayoría de los médicos jóvenes, tienen el padecimiento del "síndrome de Cansancio", cuyos síntomas son: dolores físicos, mal humor, indiferencia y cinismo en el trabajo; este síndrome es de tipo emocional generado por considerar rutinario su trabajo por no tener vocación de médico; a algunos médicos les hace falta prepararse en sentido humano; existen médicos que hacen relaciones sociales en el hospital y además conocen a pacientes a los que les sugieren continuar con su atención médica con mayor calidad en su consultorio particular; y los médicos tienen una actualización constante y adquieren el conocimiento y la experiencia en la atención de casos de medicina que se presentan en el hospital y que son escasos en otros lugares del país e incluso del mundo. 5) En mi calidad de médico considero que uno de los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los administrativos es la responsabilidad en el cumplimiento de su horario de trabajo, aunque no hagan nada; y otro elemento que también forma parte de la forma de pensar y de actuar de los administrativos es que ganan menos que los médicos. 6) Considero que son importantes estas formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos para el funcionamiento del hospital porque se conjugan, los médicos atienden la salud de los pacientes y los administrativos proporcionan los elementos necesarios para que los médicos atiendan a los pacientes. 7) La relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos es armoniosa, pero también existe descortesía entre ambos. 8) En mi opinión, los elementos en común que tienen las formas de pensar y de actuar de los médicos es la atención a los pacientes. 9) La forma de pensar y de actuar de los administrativos influye en las relaciones laborales de los médicos limitando el adecuado desempeño de sus responsabilidades por no contar con el equipo, instrumentos e insumos necesarios para la atención de los pacientes; además influye negativamente también, su falta de sentido de servicio. 10) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos emanan: De la carencia del equipo, los instrumentos y los insumos necesarios para que el personal médico atienda a los pacientes; de las decisiones políticas del gobierno del estado que se aplican a través del cuerpo administrativo en el hospital; de la formación profesional tanto de médicos

como administrativos. 11) Los factores que favorecen las relaciones laborales entre médicos y administrativos es la disposición y la capacidad profesional de ambos profesionistas para resolver los problemas comunes que se les presentan. 12) Los valores que me inculcaron como médico anestesiólogo son: La responsabilidad, la paciencia y el saber escuchar. 13) Los valores que aplico como médico anestesiólogo del hospital, son: La responsabilidad; el afecto; el cariño; la paciencia; y el escuchar. 14) Mis principales valores como médico anestesiólogo son: Mantener la vida y restablecer la salud de los pacientes. 15) Como médico procuro alcanzar mis principales valores, aplicando mis conocimientos en la atención de los pacientes. 16) Lo que favorece el logro de estos valores es tener iniciativa para salir adelante en condiciones adversas; y lo que limita el logro de estos valores es la falta de equipo, instrumentos e insumos necesarios para atender a los pacientes. 17) Considero que la atención es acorde a los valores del hospital, porque a los pacientes se le proporciona una atención de calidad y calidez. 18) En mi opinión, el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes del servicio de anestesiología, garantizan un 95% los resultados favorables para la salud de los pacientes porque se cuenta con el equipo, los instrumentos, los insumos, y a preparación profesional del personal médico y del personal de enfermería, aunque es insuficiente para atender a toda la demanda. 19) Las formas de comunicación entre todo el personal médico y el personal administrativo del hospital son: Verbal y escrita. 20) La característica de la comunicación verbal es que es eficiente y explícita; y las características de la comunicación escrita son: es específica; y se reprenda en el expediente clínico. 21) En mi opinión en un 85% el sistema de comunicación es eficaz y oportuna, el 15% restante no es eficaz porque la comunicación no es clara. 22) Las características de la profesión médica son: La atención a las personas; y es humana. 23) Considero que el propósito esencial de la profesión médica es proporcionar un trato de calidad y calidez a los pacientes. 24) Alcanzo el propósito esencial de mi profesión, proporcionando un trato de calidad y calidez a los pacientes; y actualizándome continuamente. 25) Los procesos de la acreditación del hospital los percibí como un trabajo realizado en armonía. 26) El efecto de la acreditación del hospital, será la obtención de más presupuesto. 27) La acreditación va influir en una mejor atención a los pacientes por parte de los médicos, ya que el médico que trabaje en este hospital, tendrá más prestigio por trabajar en un hospital certificado. 28) existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa de este hospital, porque la normatividad médica aunque permite a los médicos la libertad de decidir, es inquebrantable; en cambio la normatividad administrativa la quebrantan con frecuencia los políticos al recomendar a personal médico o administrativo que no trabajan con el profesionalismo que exige el servicio en este hospital. 29) Yo creo que la normatividad médica limita porque no se actualiza a la velocidad que se crean nuevas formas de atención a la salud de los pacientes. 30) Si no me apego a la normatividad médica, repercute en la calidad del servicio proporcionado a los pacientes. 31) En mi opinión las relaciones humanas entre todo el personal del hospital son fluidas y amistosas. 32) Cumpló con mi responsabilidad en la atención que se le brinda a los pacientes siendo puntual con mi horario de trabajo. 33) Considero que el 80% de los pacientes salen satisfechos con la atención recibida del servicio de anestesiología, el otro 20% salen insatisfechos porque el equipo, los instrumentos, los insumos y el personal médico es insuficiente para atender a todos los pacientes.

## **ENTREVISTA: 02.**

1) Si existen diferencias, piensan y actúan de manera diferente los médicos y los administrativos en el desempeño de su trabajo. 2) Las formas de pensar y actuar de los médicos de urgencias, se ve reflejada en el cansancio de los médicos por la sobresaturación del servicio de urgencias. 3) El elemento que integra la forma de pensar y de actuar del médico es su compromiso con el ejercicio de su profesión, que le guste el área de urgencias. 4) En mi opinión, son importantes las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos para el funcionamiento del hospital, aunque el personal administrativo no piensa en la atención a los pacientes y tenemos deficiencia en insumos y en personal. 5) Considero que la relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es limitada porque poca gente del área médica tiene interacción con el área administrativa; las funciones administrativas que me corresponden, evitan que yo atienda a más pacientes porque como médico del área de urgencias tengo que realizar trabajos administrativos que me quitan tiempo y ese tiempo dejo de atender a los pacientes. 6) Las características de relación entre la forma de pensar de los médicos y de los administrativos son: El médico ve al paciente y el administrador ve números; no hay conocimientos del área médica por parte de los administrativos y tampoco hay conocimientos de los médicos sobre las cuestiones de la administración. 7) Uno de los factores de los administrativos que más influye en la forma de pensar y de actuar de los médicos de urgencias es la demora en las respuestas del área administrativa. 8) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos emanan de: Las decisiones políticas del gobierno, porque el hospital es de 2º nivel y trabajamos como si fuera un hospital de especialidades. 9) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional de médico son: La cordialidad, la comunicación, y el respeto a los pacientes y a su situación económica y religiosa. 10) Los valores que aplico como médico de urgencias son: El respeto, la cordialidad y la comunicación. 11) Los principales valores que tengo como médico son: Mantener la vida y preservar la salud. 12) Procuero alcanzar los principales valores de los médicos diariamente, a través de la coordinación del personal; del trabajo de equipo; de la comunicación, del respeto, de la actualización en conocimientos y de la experiencia que te da conocimientos. 13) Favorece el logro de estos valores, la iniciativa para resolver los problemas, si no se cuenta con los insumos se busca la manera de sustituir por otros manejos. Limita el logro de estos valores, la sobresaturación de urgencias que no permite la confiabilidad de los pacientes. 14) Considero que la atención que se le proporciona a los pacientes es acorde con los valores del hospital. 15) Desde mi punto de vista médico – administrativo, el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados son insuficientes para garantizar resultados favorables para la vida y la salud de todos los pacientes que tenemos. 16) Las formas de comunicación entre todo el personal médico y el personal administrativo son: la Verbal y la escrita. 17) Las características de estas formas de comunicación son: Que prácticamente toda la comunicación que utilizan los médicos de urgencias, es verbal y, toda la comunicación que se utiliza con el área administrativa es escrita. 18) El sistema de comunicación en el hospital es eficaz para proporcionar un servicio de calidad porque se hacen enlaces de comunicación. 19) Las características esenciales de la profesión de médica del servicio de urgencias van a depender de cada médico, no hay uniformidad cada uno tiene su propia conducta, cada uno tiene su propia escuela; en mi opinión las características son: El trato igual para todo tipo de pacientes; y, en el área de urgencias no se puede priorizar pacientes. 20) El propósito esencial de la profesión

de médica de urgencias es preservar la vida de los pacientes y restablecer la salud basándose en las repercusiones del sistema general de los pacientes. 21) Percibí los procesos realizados para la acreditación del hospital como una mejora en el proceso de atención a los pacientes. 22) En mi opinión, el efecto de la acreditación del hospital será la obtención de más recursos financieros. 23) La acreditación influirá en una mejora en el proceso de atención a los pacientes. 24) Existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa del hospital porque es difícil unificar criterios entre la normatividad médica y la normatividad administrativa, porque somos diferentes escuelas, somos diferentes capacidades y somos de diferentes especialidades; otra diferencia es que la normatividad administrativa para el médico no existe, porque para el médico no debe haber procesos, ni tiempo de pasos administrativos. 25) La normatividad médica favorece, porque todo tiene que ser llevado a cabo en base a un proceso médico. 26) Si realizo alguna actividad sin apejarme a la normatividad médica en el desempeño de mi trabajo, me aplican los correctivos disciplinarios correspondientes. 27) En mi opinión, las relaciones humanas entre todo el hospital es buena. Las funciones que desempeño propician llevarme bien con todo el personal porque: El área de urgencias es el brazo derecho de la dirección general; mis funciones no son únicamente en el área de urgencias, en ocasiones realizo funciones que me asignan y corresponden a los primeros niveles del hospital; soy el responsable del programa de calidad en el hospital; también soy responsable del área de informática y me responsabilice de ver como va el proceso de entrega-recepción del hospital. 28) Como subdirector de urgencias cumplo con mi responsabilidad hasta que se resuelva la situación clínica de los pacientes. 29) Considero que el 90% de los pacientes se regresan por su propio pie a sus casas satisfechas con la atención recibida y el 10% lo canalizamos a hospitalización.

### **ENTREVISTA: 03.**

1) Existen diferencias entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en este hospital. 2) La forma de pensar y de actuar de la mayoría de los médicos sindicalizados está orientada a atender la menor cantidad de pacientes posibles; y la forma de pensar y de actuar de todos los médicos de contrato está orientada para atender la cantidad de pacientes que se les asignen. 3) La forma de pensar y de actuar de los administrativos se refleja en que el personal médico debe acudir al área administrativa a informarse de la normatividad administrativa que los médicos deben observar. 4) Los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los médicos son: La responsabilidad; y la toma de decisiones en beneficio de la vida y la salud de los pacientes. 5) Considero que son importantes las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos porque el personal administrativo debe procurar proporcionarle el equipo, los instrumentos y los insumos al personal médico para que atienda adecuadamente a los pacientes. 6) La relación entre la forma de pensar y de actuar de los administrativos es difícil por la falta de comunicación que existe entre ambos. 7) La característica de la relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y los administrativos es la falta de comunicación. 8) No hay elementos en común entre las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los exclusivamente administrativos porque no es igual trabajar con un papel que trabajar con un humano; me parece que el elemento en común que tienen las formas de pensar y de actuar de los administrativos médicos y los médicos, son los pacientes. 9) La forma de pensar y de actuar de los administrativos, influye negativamente en las relaciones laborales de los médicos por el trato hostil de la mayoría de los administrativos hacia el personal médico. 10) Los efectos de la influencia de la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el personal médico es una relación áspera; y una actitud de rebeldía por parte de algunos médicos hacia los administrativos. 11) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional como médica anestesióloga es la responsabilidad, la toma de decisiones en la atención a los pacientes y mantener una actitud de humanismo humanismo. 12) Los valores que aplico como médica anestesióloga en el hospital son: La responsabilidad, la toma de decisiones y el humanismo. 13) Mis principales valores como médica anestesióloga es la calidad de vida de los pacientes y el de conservar la salud de los pacientes. 14) Como médica anestesióloga, procuro alcanzar estos valores mediante un manejo integral de los pacientes. 15) Lo que favorece el logro de estos valores es la iniciativa para salir adelante en condiciones adversas. 16) Considero que la atención es acorde con los valores del hospital, porque nos esforzamos aunque haya limitaciones de equipo y material. 17) En mi opinión el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes, garantizan resultados favorables para la vida y la salud de los pacientes la mayor parte del año, en los meses de enero y diciembre no se garantizan resultados favorables porque no se cuenta con el presupuesto porque no lo han entregado o porque ya se terminó. 18) Las formas de comunicación entre todo el personal médico y el personal administrativo del hospital son: La verbal y la escrita. 19) La característica de la comunicación verbal es que es la más utilizada entre el personal médico; y la característica de la comunicación escrita es que es la más utilizada con el personal administrativo. 20) Considero que por parte del personal médico el sistema de comunicación es eficaz, porque entre médicos se facilita la comunicación; y la comunicación entre el personal administrativo y el personal médico de contrato es deficiente porque es de fricción. 21) Las características esenciales de la profesión

médica son, la responsabilidad; la toma de decisiones; es humana; y platicar porque baja la ansiedad. 22) El propósito esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la vida y la salud de los pacientes, porque aunque nosotros no curamos somos un medio para curar a los pacientes. 23) Como médica anesthesiologa alcanzo el propósito esencial de mi profesión médica aplicando mis conocimientos en beneficio de los pacientes. 24) Percibí los procesos realizados para la acreditación del hospital como una orientación a la constante actualización del personal médico. 25) Considero que uno de los efectos de la acreditación será que habrá más trabajo porque vendrán más pacientes. 26) En mi opinión, la acreditación va influir, porque al haber actualización, tiene que aumentar la calidad, pero también aumenta el volumen y llega un momento que al tener aumento en volumen ya no puede haber tanta calidad. 27) Para mí, no existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa, porque las dos normatividades son reglas. 29) La normatividad médica favorece a la calidad, porque esta hecha por médicos; y la normatividad administrativa limita el trabajo médico porque no nos proporcionan con prontitud los materiales que necesitamos. 30) Si como médica anesthesiologa realizo una actividad sin apegarme a la normatividad establecida en el desempeño de mi trabajo, y todo salio bien no pasa nada, pero si algo sale mal, es contra uno y recibo una sanción. 31) En mi opinión, las relaciones humanas entre el personal médico son buenas; entre los anesthesiologos y el personal de enfermería son nada más de trabajo y entre los anesthesiologos y el personal administrativo son nulas. 32) Como anesthesiologa cumpla con mi responsabilidad en la atención que se le brinda a los pacientes; entrevistándolos; entablando comunicación con ellos; aplicando todos mis conocimientos en beneficio de ellos; y solicitándoles a los pacientes que firmen de autorizado todo lo que se les vaya a aplicar. 33) Considero que un 90% de los pacientes salen satisfecho de la atención recibida y el 10% que salen insatisfechos es porque tienen prejuicios emocionales sobre el dolor.

#### **ENTREVISTA: 04.**

1) Considero que existe diferencia entre la forma de pensar y de actuar de las enfermeras y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño laboral. 2) Como enfermera, pienso y actúo con malestar hacia el personal administrativo porque necesito material para atender a los pacientes y no me lo proporcionan; otra forma de pensar y de actuar de las enfermeras consiste en que no queremos involucrarnos en el área administrativa. 3) Mi opinión sobre la forma de pensar y de actuar de los administrativos es que actúan proporcionando el equipo, los materiales y los insumos para el trabajo del cuerpo médico y por ello es que piensan que el cuerpo médico depende de ellos; además los administrativos tampoco tienen la voluntad para involucrarse en el área médica. 4) Un elemento que integra la forma de pensar y de actuar del personal de enfermería es que tenemos la urgencia de atender al paciente. 5) Pienso que un elemento que integra la forma de pensar y de actuar de los administrativos es que el personal administrativo se demora en proporcionar al personal de enfermería los materiales que este necesita. 6) Considero que son importantes las formas de pensar y de actuar del personal de enfermería y de los administrativos para el funcionamiento del hospital, porque se lleva un control más eficaz de todo el hospital. 7) La relación entre la forma de pensar y de actuar de enfermería y de los administrativos, es de fricción porque el personal de enfermería exige material para atender a los pacientes y el personal administrativo nunca proporciona todo el material que se necesita y lo que proporciona, lo proporciona con demora. 8) Considero que no hay elementos en común en la forma de pensar y de actuar de enfermería y los administrativos. 9) La forma de pensar y de actuar del personal administrativo influye de manera negativa en el personal de enfermería, porque los administrativos compran los materiales médicos con el proveedor que más les favorezca, pero el personal de enfermería trabaja con materiales de determinada marca porque esos no fallan. 10) Creo que los factores que influyen en las relaciones laborales entre el personal de enfermería y el personal administrativo, emanan por imposiciones políticas. 11) Considero que la relación laboral entre el personal de enfermería y el personal administrativo favorece cuando los administrativos proporcionan los insumos suficientes oportunamente; y limita la relación laboral cuando los administrativos compran insumos sin tomar en cuenta la opinión médica. 12) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional de enfermería son: Respetar la individualidad de cada paciente y sencillez en el trato al paciente. 13) Considero que los valores del hospital son: Dar una atención de calidad y calidez. 14) Los valores que aplico como enfermera en mis labores en el hospital, es atender con calidad a los pacientes. 15) El principal valor como enfermera es la vida del paciente. 16) Los factores que favorecen el logro de este valor que es la vida del paciente son: Cuando el personal de enfermería atiende tanto física como emocionalmente al paciente; cuando los pacientes se sienten cómodos y tranquilos; cuando llamamos por su nombre a los pacientes, así sean pacientes que estén por fallecer, siempre hay que tratarlos bien. Los factores que limitan el logro de este valor es: Cuando no tenemos el material adecuado, por lo regular tenemos un 60%. 17) La atención no es acorde con los valores del hospital, porque no se cuenta con el material suficiente y necesario. 18) En mi opinión creo que el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes garantizan en un 60%, resultados favorables para la vida y la salud del paciente, porque la administración hace una compra general cada año y nos abastecen de material cada tres meses. 19) Las formas de comunicación entre todo el personal de

enfermería y el personal administrativo son la verbal y la escrita. 20) Como característica de la forma de comunicación escrita es que cuando hay algún problema, un cambio de turno por ejemplo queda constancia de ello, otra característica es el expediente clínico. 21) Considero que el sistema de comunicación es eficaz, porque se deja constancia con la comunicación escrita y esto permite que se mejoren las cosas. 22) La característica de la profesión de enfermería es ser amable con los pacientes. 23) El propósito esencial de la profesión de enfermería es aplicar los conocimientos en beneficio de la vida y la salud de los pacientes. 24) Alcanzo este propósito aplicando todos mis conocimientos en los cuidados de los pacientes. 25) En mi opinión creo que los procesos de la acreditación se encaminan a hacer las cosas mejor y con más supervisión. 26) Considero que los efectos de la acreditación es dar mayor calidad. 27) La acreditación va influir en que habrá más calidad. 28) Existen diferencias y estas consisten en que la normatividad de enfermería es para atender al paciente y la normatividad administrativa es para controlar el presupuesto. 29) La normatividad administrativa, limita porque por ella no contamos con los materiales y el personal suficiente y necesario para atender a los pacientes. 30) Si realizo alguna actividad sin apegarme a la normatividad establecida en mi desempeño laboral y sucede algún problema con los pacientes, me aplican una sanción; pero si no sucede, no me pasa nada. 31) Las relaciones humanas entre todo el personal del hospital son: Regulares, porque a veces hay discusiones entre el personal de enfermería y el personal médico por el manejo del paciente, esto sucede cuando no llega el médico responsable y el médico del servicio atiende al paciente y da otras instrucciones a la enfermera. 32) Cumpló con mi responsabilidad, deslindando funciones a mis supervisoras. 33) En un 80% salen pacientes satisfechos por la atención recibida y el 20% que no salen satisfechos, en su mayoría son pacientes de traumatología, porque son pacientes que duran más tiempo hospitalizados y a pesar de ser pobres ellos tienen que comprar sus clavos, sus placas y por lo regular los médicos los dejan un poco más olvidados.

## **ENTREVISTA: 05.**

1) Considero que existe diferencia entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar del personal administrativo en el desempeño laboral. 2) Como administrativo considero que la forma de pensar y actuar de los médicos es que ellos están enfocados a la atención de la salud. 3) Los elementos que integran la forma de pensar y actuar de los médicos son: Proporcionarle atención a los pacientes; preservar la vida de los pacientes y por eso los médicos adoptan una actitud de superioridad con nosotros. 4) Como administrativos pensamos y actuamos enfocados a la documentación. 5) Uno de los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de nosotros los administrativos es la comprobación de la misma documentación. 6) Las formas de pensar y actuar de los médicos y de los administrativos son importantes porque los médicos atienden a los pacientes, tienen que salvar las vidas de los pacientes; y los administrativos somos más apegados al estricto cumplimiento de la normatividad administrativa que se aplica en este hospital. 7) En mi opinión, la relación entre las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es antagónica, porque existen muchas fricciones. 8) Como característica de esta relación de la forma de pensar y actuar de los médicos y de los administrativos, es que los médicos no tienen voluntad para comprender el trabajo administrativo y nosotros los administrativos tampoco queremos comprender el trabajo médico. 9) considero que no existen cosas en común entre las formas de pensar y actuar de los médicos y de los administrativos porque ellos no nos toman en cuenta y nosotros tampoco los tomamos en cuenta. 10) La forma de pensar y actuar del personal administrativo, influye en la forma de pensar y de actuar del personal médico porque al no existir una buena relación con los médicos, no existe el apoyo de parte del personal administrativo. 11) Como personal administrativo percibo la influencia de la forma de pensar y de actuar de los médicos, pensando que el personal médico se siente superior al personal administrativo. 12) Considero que los factores que influyen en las relaciones laborales entre los médicos y los administrativos emanan de: La falta de una coordinación laboral entre médicos y administrativos; de la idea del rechazo al administrativo por parte del personal médico; de la idea del personal médico de que el administrativo no es importante. 13) Los factores que limitan las relaciones laborales entre médicos y personal administrativos es por la falta de relación afectiva. 14) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional son: La ética; el servicio; y el ser un profesional. 15) Pienso que los valores principales del hospital son: La honestidad y la integridad. 16) Los valores que aplico como personal administrativo aquí en el hospital son: La honestidad y la ética. 17) Mis principales valores como personal administrativo son: La coordinación y trabajar en equipo. 18) Procuero alcanzar los principales valores de mi profesión administrativa, estando pendiente de que mi personal administrativo cumpla con su trabajo. 19) Un factor que favorece el logro de los principales valores de mi profesión administrativa, es el hecho de buscar relacionarme con el personal médico y con el personal administrativo; un factor que limita el logro de estos valores es que no hay suficiente presupuesto para ejercerlo en el hospital. 20) Considero que en la mayoría de los casos la atención que se le proporciona a los pacientes es acorde con los valores del hospital. 21) En mi opinión, el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes garantizan en un 70% resultados favorables para las vidas y la salud de los pacientes, el 30% restante esta compuesto por equipos descompuestos, instrumental deteriorado y no contamos con todos los insumos. 22) Las formas de comunicación entre el personal médico y el personal administrativo son: La

verbal y la escrita. 23) Considero que el sistema de comunicación del personal administrativo con el personal médico es eficaz porque es directa con los jefes de servicio, ellos plantean la situación de su área y nosotros tratamos de solucionar la problemática. 24) Las características de la profesión administrativa son: Cuidar el presupuesto y disponer controles. 25) El propósito esencial de la profesión administrativa es cuidar el presupuesto y establecer controles internos. 26) Como personal administrativo percibo los procesos de la acreditación fueron enfocados al mantenimiento y a la limpieza del edificio. 27) Creo que uno de los efectos de la acreditación será obtener más recursos. 28) La acreditación va influir en la calidad del hospital porque con más recursos se podrá tener más y mejor equipo, materiales e insumos e inclusive se podrá contratar más personal. 29) Existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa del hospital; la normatividad médica es para atender a los pacientes y la normatividad administrativa es para controlar el presupuesto. 30) La normatividad administrativa favorece porque orienta como debe hacerse correctamente el trabajo y limita porque no se puede comprar nada que no este autorizado en el presupuesto. 31) Si realizo una actividad sin apegarme a la normatividad administrativa, me aplican la sanción que corresponda según la ley de responsabilidades de los servidores públicos. 32) Las relaciones humanas entre el personal administrativo y el personal médico es distante, y al interior de los administrativos se ha ido logrando la interacción del personal administrativo. 33) Como personal administrativo cumplo con mis responsabilidades inculcando a mi personal el sentido de responsabilidad, y lo pregono poniendo el ejemplo. 34) Considero que en un 98% de los pacientes salen satisfechos con la atención recibida y el 2% es porque existe personal administrativo que no ha tomado conciencia de la responsabilidad que tiene el hospital.

## **ENTREVISTA: 06.**

1) Considero que existe diferencia entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar del personal administrativo en el desempeño laboral. 2) Como personal administrativo creo que los elementos que integran la forma de pensar y actuar de los médicos son: Que se sienten superiores al personal administrativo; los médicos han creado su propio círculo y es muy cerrado, se aíslan del personal administrativo; Los médicos únicamente tienen contacto con los administrativos cuando necesitan algo. 3) Creo que los elementos que integran la forma de pensar y actuar del personal administrativo son: Se sienten relegados; y toman una actitud de sumisión ante el personal médico. 4) Considero que no son importantes las formas de pensar y de actuar de los médicos y del personal administrativo en este hospital porque a los médicos no les interesa hacer el trabajo administrativo que les corresponde; si los médicos y los administrativos tuvieran la voluntad de trabajar coordinadamente, el hospital caminaría mejor. 5) En mi opinión la relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y del personal administrativo es de necesidad. 6) Como característica de la relación entre las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, es que el médico quiere que el administrativo le resuelva sus problemas cuando el médico ya agoto sus derechos administrativos; otra característica es que los administrativos no obstante que están afiliados al ISSSTE, acuden a los médicos del hospital para solicitarles su atención médica porque hay buenos médicos en el hospital. 7) El elemento en común que tiene el personal médico y el personal administrativo es la solidaridad cuando el hospital tiene que cumplir con un programa especial, por ejemplo cuando hay desastres. 8) La forma de pensar y actuar del personal administrativo influye favoreciendo o limitando la atención al paciente, según pueda o no proporcionar el equipo, los instrumentos y los insumos que el personal médico necesita. 9) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y personal administrativo emanan de la ética; y de la formación personal y profesional de los administrativos y de los médicos. 10) Un factor que favorece la relación entre las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos se da cuando los administrativos proporcionan oportunamente los materiales que los médicos necesitan y estos atienden en tiempo profesionalmente a los pacientes; y un factor que limita esta relación se da cuando uno de los o los dos no cumple con su responsabilidad en beneficio de los pacientes. 11) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional administrativa es servir y ser un profesional. 12) Considero que los valores organizacionales del hospital es proporcionar un buen servicio a la población 13) Los valores que aplico como personal administrativo en el hospital es la responsabilidad. 14) Mis principales valores como personal administrativo son: La coordinación; y potenciar los resultados del hospital. 15) Alcanzo mis principales valores como administrativo, procurando cumplir con mis responsabilidades y actuando con iniciativa para mejorar el sistema de trabajo. 16) En mi opinión, la atención que se le proporciona al paciente no es acorde con los valores del hospital porque se carece de equipo, materiales e insumos suficientes. 17) El equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes no garantizan resultados favorables para la vida y la salud del paciente, porque no hay equipo, material e insumos suficientes. 18) La forma de comunicación entre el personal médico y el personal administrativo es la escrita. 19) Una característica de esta forma de comunicación escrita entre los médicos y con las enfermeras, es el expediente clínico. 20) En mi opinión el sistema de comunicación es eficaz entre los médicos y los médicos con las enfermeras porque la

comunicación es a través del expediente clínico. 21) Considero que el propósito esencial de la profesión administrativa es la aplicación de los conocimientos en beneficio del hospital. 22) Creo que los procesos realizados para la acreditación del hospital mostraron las deficiencias del hospital. 23) La acreditación va influir asignándole más presupuesto al hospital para que cuente con los elementos que los médicos necesitan para atender a los pacientes. 24) La normatividad médica y administrativa favorece porque orienta al personal médico y administrativo para que realice bien su trabajo. 25) Si realizo alguna actividad sin apegarme a la normatividad establecida en el desempeño de mis labores, recibo una sanción. 26) En mi opinión, no hay uniformidad en las relaciones humanas entre todo el personal del hospital, hay buenas, regulares y malas. 27) Cumpro con mi responsabilidad inculcándole al personal el sentido de responsabilidad. 28) Considero que la mayoría de los pacientes si salen satisfecho con la atención recibida, los que no salen satisfechos es por las carencias que tiene el hospital.

## **ENTREVISTA: 07.**

1) Existe diferencia entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo. 2) El médico ginecoobstetra piensa y actúa en función de cómo atender a sus pacientes, en cómo tratar las enfermedades y en cómo disminuir la mortalidad materna. 3) El administrativo piensa y actúa en función del presupuesto que tiene que controlar. 4) Los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los médicos son: Que están en contacto con la vida y con la muerte y atiende el binomio madre-hija (o). Los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los administrativos son: La vigilancia de la productividad del médico; el seguimiento de la calidad de la atención del médico; la elaboración de las estadísticas del hospital; y que están en contacto con puros números y gestionando la compra de equipo, materiales e insumos sin considerar la opinión de los médicos. 5) Las formas de pensar y actuar de los médicos y de los administrativos son importantes para el funcionamiento del hospital, porque existe una mutua interdependencia puesto que los médicos no saben de administración ni de hospitales y los administrativos no saben de atención a la salud. 6) Considero que la relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es buena. 7) Como característica de esta relación entre los médicos y los administrativos está la regulación de los comités que existen en el hospital. 8) En mi opinión el elemento en común que tienen las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es el bienestar de todas las pacientes. 9) La influencia de la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, se percibe como un respeto mutuo entre médicos y administrativos. 10) Los efectos de esta influencia de la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es la adecuada atención de los pacientes. 11) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos emanan, de las funciones que tienen que cumplir los médicos y los administrativos. 12) El factor que favorece esta relación laboral entre médicos y administrativos, es el cumplimiento de las funciones tanto de los médicos como de los administrativos. 13) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional de médico son: El respeto; el trato digno y el constante estudio. 14) Considero que los valores del hospital son: El trato digno; el compañerismo; el trabajo en equipo; y la continua preparación profesional. 15) Los valores que aplico diariamente en el hospital como médico ginecoobstetra, son: El respeto; el trato digno; y el trabajo. 16) Mis principales valores como médico son: Preservar la vida y dar salud a las pacientes. 17) Procuro alcanzar mis principales valores de médico, preparándome; manifestando siempre la verdad; actuando con justicia y con honradez. 18) Favorece el logro de mis principales valores de médico el actuar con sencillez; tratando de servir y de ser útil a la sociedad. Limita el logro de estos valores, la falta de camas, de equipo, de instrumentos y de insumos. 19) Considero que la atención que se le proporciona a las pacientes es acorde con los valores del hospital porque a toda paciente se le da trato digno; se le da atención pronta; y casi no tenemos mortalidad materna. 20) En mi opinión el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes si garantizan resultados favorables para la vida y la salud de las pacientes; aunque son insuficientes para la demanda que tenemos. 21) Las formas de comunicación entre todo el personal médico y el personal administrativo del hospital son la verbal y la escrita. 22) La característica de la comunicación verbal es que se obtiene respuesta inmediata; y la característica de la comunicación escrita es que la respuesta es más tardada. 23) El sistema de comunicación en el hospital es eficaz para proporcionar un servicio de

calidad, aunque nos falta mejorar en la comunicación para el traslado de pacientes y en dar respuesta por escrito del padecimiento y el tratamiento que se le dio a la paciente de traslado. 24) Las características esenciales de la profesión médica son la honestidad y la preparación profesional. 25) El propósito esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la salud de los pacientes; porque entre más preparado este uno, más atención buena va a brindar a las pacientes. 26) Alcanzo el propósito esencial de mi profesión preparándome y actualizándome constantemente. 27) Los procesos de acreditación se orientaron a brindar una atención con más conocimientos médicos; y a que los médicos cumplan cabalmente con sus responsabilidades. 28) El efecto de la acreditación será el reconocimiento de la labor del hospital. 29) La acreditación va a influir porque se contará con el personal y el material necesario para atender más específicamente las patologías de las madres. 30) Considero que si existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa, una de las diferencias es que la normatividad administrativa es para el control del presupuesto y las normas médicas son para la atención de las pacientes. 31) Favorece la existencia de las dos normatividades, la médica y la administrativa, porque permiten que los médicos y los administrativos las conozcamos y porque nos establecen las formas correctas de trabajar; la normatividad administrativa limita la realización adecuada de las labores de los médicos porque no permite que se compre oportunamente los materiales que necesitamos. 32) Si yo realizo alguna actividad sin apegarme a la normatividad médica, no sucede nada, se vuelve hacer ahora correctamente. 33) En mi opinión, las relaciones humanas entre todo el personal del hospital son de convivencia y respeto. 34) Cumplo con mi responsabilidad atendiendo a las pacientes y cumpliendo con mi horario de trabajo. 35) Creo que el 99% de las pacientes salen satisfechas con la atención recibida, porque lo podemos ver en cada mirada y en cada gesto. Y el 1% que no sale satisfecho es porque tenemos exceso de pacientes y a veces por estar ocupados los quirófanos, se pospone el parto o la cesaría de la paciente.

## **ENTREVISTA: 08.**

1) Considero que existe diferencia entre la forma de pensar y de actuar de las enfermeras y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño laboral. 2) La forma de pensar y de actuar de nosotras las enfermeras, es que tenemos más contacto directo con pacientes y el cuerpo administrativo. 3) Considero que son importantes las formas de pensar y de actuar del personal de enfermería y de los administrativos para el funcionamiento del hospital, porque no debe haber diferencias entre ambos sectores, todos trabajamos en el hospital, estamos para un mismo fin, proporcionar la atención al paciente sea de cualquier índole. 4) Las enfermeras no tenemos tanto problema con la forma de pensar y actuar de los médicos, con los administrativos si. 5) Las características de esta relación entre la forma de pensar y de actuar del personal de enfermería y administrativos son: El personal de enfermería pasa más tiempo en los servicios; el personal administrativo trabaja menos; hay personal de enfermería que no realiza sus trámites administrativos oportunamente y el personal administrativo lo sanciona; como característica principal de esta relación es que existe el respeto sobre todo. 6) Considero que hay elementos en común entre la forma de pensar y actuar del personal de enfermería y de los administrativos, un elemento sería que hay cosas que nosotras como enfermeras desconocemos y ellas como personal administrativo si lo conocen; otro elemento en común es que existe una comunicación más estrecha con los administrativos. 7) Uno de los factores de la forma de pensar y de actuar del personal administrativo que influye positivamente en la forma de pensar y actuar del personal de enfermería es cuando los administrativos se relacionan con el trabajo médico; los factores que influyen negativamente son: Cuando las secretarías piensan que se van a contaminar con el simple hecho de tener contacto con los pacientes o sus familiares, y muchos pacientes se sienten apesados; y cuando el personal administrativo no difunde la información administrativa, para evitar que el personal de enfermería incurra en faltas administrativas. 8) Uno de los factores de la forma de pensar y de actuar del personal de enfermería que influyen en la forma de pensar y actuar de los administrativos es la admiración de los administrativos a la labor que lleva la enfermera. 9) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre el personal de enfermería y el personal administrativo emanan: Del apoyo que tengamos o no tengamos del sindicato; la gente incumplida es la gente que más defiende el sindicato; el sindicato protege más a los administrativos; de la formación personal y profesional tanto de los administrativos como de nosotras las enfermeras. 10) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional de enfermería son: El respeto, la honestidad y la lealtad. 11) Para mí, los valores del hospital son: Ser humilde al tratar con vidas humanas, lealtad con los pacientes ya que ellos están con nosotros todo el tiempo. 12) Los valores que aplico como enfermera son: La lealtad, la fidelidad hacia el trabajo y el respeto hacia los pacientes. 13) Mis principales valores como enfermera son: Mantener la vida y restablecer la salud. 14) Como enfermera procuro alcanzar estos valores dando más de un 100%; procurando que los pacientes se sientan en confianza y que su estancia sea llevadera aquí en el hospital. 15) Los factores que me favorecen para lograr de estos valores son: El apoyo de todo el personal de enfermería. Los factores que me limitan para lograr estos valores son: La falta de personal de enfermería para cubrir incidencias, comisiones, permisos, incapacidad por gravidez, licencias médicas, vacaciones con goce de sueldo; tenemos muchas incapacidades por accidente de trabajo, ocasionado la sobrecarga de trabajo por la insuficiencia de personal; los problemas de salud, compañeras con hernias cervicales por el esfuerzo

que hace uno el estar moviendo al paciente de la cama a la camilla, porque el camillero por "x" motivo no llego; estamos teniendo muchos problemas de hipertensión arterial, por el estrés constante que esta uno viviendo, porque en primera no hay personal y en segunda tenemos que limitar el material para que el paciente no se quede sin su tratamiento y cuando en sí no hay, pues aunque uno quiera administrarle su medicamento o darle tratamiento completo pues no podemos. 15) Considero que la atención que se le proporciona al paciente es acorde con los valores del hospital, porque estamos dando un trato digno acorde con calidad, calidez; además estamos dando cantidad, porque aun con la falta de personal, de medicamentos, de insumos y de todo; uno esta sacando el trabajo; atendiendo a todo paciente, no estamos rechazando a nadie, aún cuando las camas de primer contacto no son suficientes; damos atención con calidad, porque mantenemos al paciente cómodamente, limpio, con medicamentos, con horarios establecidos; damos atención con calidez, porque cuando los pacientes llevan dos, tres, cuatros días, nosotros como que le tomamos un cariño y el paciente se siente seguro. 16) Considero que el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes, garantizan muy poco los resultados favorables para la vida y la salud del paciente, porque hay mucho medicamento recetado por el médico, que esta fuera del cuadro básico, el familiar tiene que comprarlo o no se le aplica el tratamiento y porque tenemos mucho instrumental deteriorado. 17) Las formas de comunicación entre el personal de enfermería y el personal administrativo son: La verbal y la escrita. 18) Como una característica de estas formas de comunicación verbal y escrita es que se utiliza cuando uno esta con el médico en los pases, ambas a la vez, porque el médico va dando indicaciones entonces nosotros vamos tomando anotaciones y quedan registradas en el expediente clínico de los pacientes; otra característica de la comunicación escrita es que queda constancia de lo que se dijo. 19) En mi opinión, el sistema de comunicación entre el personal de enfermería es bueno, y con los médicos también es eficaz; con el área administrativa se nos dificulta, por la distancia que hay del departamento de enfermería al área de administración tenemos que atravesar todo lo que es el gran hospital para llegar a ellos y eso es una limitante para comunicarse verbalmente. 20) Considero que las características esenciales de la profesión de enfermería son: El respeto al paciente; tratarlo individualmente, aquí hay servicios que no guardan la individualidad porque están en sala general, el paciente queda visible ante los demás pacientes porque no tenemos como aislarlo, se supone que cada cubículo debe de tener unas cortinas corredizas para aislar al paciente, pero desgraciadamente eso no los tenemos en los servicios; otra característica de la enfermería es la creencia religiosa, porque no todos somos de la misma religión, un 50% es católica y el otro 50% esta dividido en testigo de Jehová, Tepencostes, Mormones, Adventista, hay una compañera que no cree en nada. 21) El propósito esencial de la profesión de enfermería es, la salud del paciente y reincorporar al enfermo a la sociedad. 22) Como enfermera alcanzo estos propósitos, aplicando mis conocimientos en beneficio de la salud y con el apoyo de todas las compañeras. 23) Creo que los efectos del proceso de la acreditación sería que, si se llega hacer la acreditación del hospital, tendríamos un poquito más de cosas de las que nos están haciendo falta. 24) Pienso, que la acreditación va influir en que se va incrementar la calidad del hospital, porque al tener más recursos tendríamos las cosas que nos hacen falta y la recuperación de los pacientes sería más pronta. 25) No se si existen diferencias entre la normatividad de enfermería con la normatividad de los administrativos, porque la desconozco en su totalidad, pero entiendo que esta hecha para controlar el presupuesto; yo creo que si llegáramos a saber nosotras de la

normatividad administrativa y al compaginar con la normatividad de enfermería, no hubieran tantos problemas. 26) La normatividad de enfermería favorece en nuestro quehacer diario porque nos va ayudando a superarnos más cada día; limita porque no todas somos profesionistas, hay compañeras que son auxiliares de enfermería, ellas desconocen la normatividad de enfermería; la normatividad administrativa limita porque algunos horarios están establecidos y muchas compañeras se rigen al horario y muchas no nos regimos al horario, damos más tiempo. 27) Si no se apega una a la normatividad establecida en el desempeño del trabajo, hay compañeras que se han metido en problemas, aún por salvar la vida del paciente, lo que importa es la normatividad. 28) Las relaciones humanas entre todo el personal del hospital, llámese rama médica, rama de enfermería y rama administrativa, en un 50% se lleva bien todo mundo, y el otro 50% hay muchas diferencias; las relaciones entre el personal médico y el personal de enfermería, hay ocasiones en que el médico especialista, quiere ver inferior a todo el mundo, le falta el respeto al personal de enfermería, para él la enfermera es su sirvienta. 29) Como enfermera cumplo con mi responsabilidad en la atención que le brindo al paciente, no trayendo problemas personales a la institución; desempeñando todas mis funciones; llevándome bien con todas las compañeras, respetarlas e igual con los pacientes. 30) Considero que más del 80% de los pacientes salen satisfechos con la atención recibida, el 20% restante no salen satisfechos, porque a veces el médico pues cumple y hay nos vemos, pasa visita y hay nos vemos.

## **ENTREVISTA: 09.**

1) Existen diferencias entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo. 2) Pienso y actúo viendo al ser humano como un ser integral; y como médico ginecoobstetra le doy más énfasis a la calidad que a la cantidad. 3) Como médico ginecoobstetra creo que la forma de pensar y de actuar de los administrativos es fría en el sentido que ven únicamente números, las tendencias del hospital y las estadísticas; ellos como administrativos le dan más énfasis a la cantidad que a la calidad. 4) Los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los médicos son: El contacto directo con los pacientes; y el interés del desarrollo y los resultados de la atención a los pacientes. Considero que uno de los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los administrativos es la preocupación que tienen por los resultados expresados en cantidades. 5) Considero que son importantes las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos para el funcionamiento del hospital, actualmente trabajan de manera separada, deberían conjugarse para mejorar en mucho el funcionamiento del hospital. 6) La relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es precaria porque los administrativos toman decisiones unilateralmente. 7) Las características de la relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos son: Nosotros los médicos le damos mayor énfasis a la atención de los pacientes; a los administrativos no les preocupa el hospital, únicamente se preocupan por quedar bien con los mandos superiores. 8) Los elementos en común que tienen las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es que poco a poco se han ido perdiendo las relaciones agradables. 9) La forma de pensar y de actuar de los médicos los influye en los administrativos para que tomen conciencia y mejoren la cantidad y la calidad del equipo, los instrumentos y los insumos que necesitamos los médicos para que atendamos con mayor calidad a los pacientes. 10) La influencia en los médicos de la forma de pensar y de actuar de los administrativos, se refleja en que los médicos realizan el trabajo de los administrativos en cuanto que piden prestado a hospitales, clínicas o sanatorios el equipo que necesitan los médicos para atender a los pacientes; además, los médicos son los que dan la cara a los pacientes pidiéndoles que compren los medicamentos que no tiene el hospital y que son necesarios para el adecuado tratamiento de sus patologías; los administrativos no toman en cuenta el punto de vista de los médicos cuando hacen gestiones sobre el hospital. 11) Uno de los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos emana de las decisiones del gobierno que repercuten en el hospital, un ejemplo es la contratación de personal administrativo recomendado que no tiene el perfil para trabajar en el hospital. 12) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional medica son: La honestidad y ayudar al ser humano. 13) Considero que los valores del hospital son: Atender a todos los pacientes que soliciten atención médica; y capacitar permanente al personal médico. 14) Los valores que aplico como médico del hospital es la honestidad, la veracidad y el buen trato. 15) Mis principales valores como médico son: Preservar la vida y restablecer la salud de los pacientes. 16) Como médico alcanzo estos valores, poniendo en práctica mis conocimientos de manera honesta. 17) Favorece el logro de mis principales valores como médico el dialogo con los pacientes; y las limitantes para lograrlos es que no me identifique con los pacientes; y la constante determinación de los administrativos de estandarizar el tiempo, asignando 15 minutos a cada consulta médica, y estandarizando el tiempo de uso del quirófano, del equipo, del instrumental y

la cantidad de consumo de los insumos. 18) Considero que la atención que se le proporciona a los paciente es acorde con los valores del hospital, a pesar de que existen muchas quejas de los pacientes respecto a que no han sido bien atendidos, pero también hemos atendido pacientes con recursos económicos bastantes grandes que prefieren atenderse en este hospital. 19) El equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes no garantizan resultados favorables para la vida y la salud de los pacientes porque no tenemos el suficiente inventario y buena parte del equipo y de los instrumentos que tenemos es obsoleto. 20) Las formas de comunicación entre todo el personal médico y el personal administrativo son: Verbal y escrita. 21) La característica de la comunicación verbal es que es el tipo de comunicación que más usamos; y la característica de la comunicación escrita es que la usamos cuando queremos que de manera oficial quede registrado el asunto. 22) Considero que el sistema de comunicación es eficaz, porque la comunicación que existe es de familiaridad. 23) Las características de la profesión médica son: es humanista y la honestidad. 24) En mi opinión, el propósito esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la vida de los pacientes y buscar la cura-bienestar del problema de los pacientes. 25) Como médico no alcanzo este propósito de la aplicación de los conocimientos en beneficio de la vida y la salud de los pacientes en un 100% porque a veces enviamos a los pacientes a otros hospitales más especializados y porque evito tratar con pacientes groseros. 26) Percibo que los procesos de acreditación son únicamente para beneficio político del gobierno. 27) Los efectos de la acreditación no se han reflejado por ningún lado. 28) Pienso que la acreditación va influir en un aumento del presupuesto. 29) Considero que existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa del hospital; las diferencias entre las normatividades del hospital consisten en que la normatividad médica existe para beneficio de los paciente y la normatividad administrativa existe para controlar el presupuesto. 30) La normatividad médica favorece la realización adecuada de las labores de los médicos porque esta hecha para atender a los pacientes y la normatividad administrativa limita la atención de los pacientes porque esta llena de tramites burocráticos. 31) Si realizo alguna actividad sin apegarme a la normatividad establecida en el desempeño de mi trabajo médico, me aplican una sanción. 32) En mi opinión, las relaciones humanas entre todo el personal del hospital, son corteses dentro de los estratos que los propios médicos han creado y entre médicos y administrativos son de respeto. 33) Como médico cumplo con mi responsabilidad, atendiendo con respeto exclusivamente lo que me corresponde. 34) Considero que la mayoría de los pacientes salen satisfechos con la atención recibida, los que no salen satisfechos es por una mala atención médica o porque no son atendidos con tecnología de punta como dice el gobierno en los medios de comunicación.

## **ENTREVISTA: 10.**

1) Existen diferencias entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo. 2) El médico de urgencias piensa en los pacientes y actúa en beneficio de los pacientes. 3) El administrativo piensa en el presupuesto y actúa controlándolo. 4) El elemento que integra la forma de pensar y de actuar de los médicos, es la vida y la salud de los pacientes. 5) Considero que son importantes las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos porque los administrativos proveen de los materiales necesarios y el médico los utiliza en la atención de los pacientes. 6) La relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es de inconformidad por parte de los médicos para con los administrativos, porque no nos proveen de los materiales suficientes y necesarios para atender a los pacientes. 7) Como características de la relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos están: los médicos están formados para atender a los pacientes y a los administrativos únicamente les interesan las estadísticas y el presupuesto; y existe una falta de voluntad para comprender el trabajo administrativo por parte de los médicos y viceversa. 8) El elemento en común que tienen las formas pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es trabajar conjuntamente para atención de los pacientes. 9) Influye en la forma de pensar y de actuar de los médicos, la falta de equipo, instrumentos e insumos para atender a los pacientes, provocando estrés en los médicos porque no pueden atender correctamente a los pacientes. 9) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos emanan de: El desconocimiento de los administrativos de la labor de los médicos y de las decisiones políticas del gobierno sobre la autorización presupuestal para el hospital, en años de elecciones tenemos más carencias que en otros años. 10) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional de médico son: Los conocimientos suficientes para atender al paciente en estado crítico y el tiempo suficiente para atender a cada paciente. 11) Considero que los valores del hospital son: Dar la atención con calidad y calidez. 12) Como médico los valores que aplico en el hospital, son: La entereza, la ética, los conocimientos, y la gratitud a los pacientes porque al atenderlos tengo la oportunidad de aumentar mi experiencia. 13) Mis principales valores como médico son: Preservar la vida y restablecer la salud de los pacientes; evitarle sufrimiento a los pacientes; y procurar que tengan calidad de vida. 14) Favorece el logro de estos valores, el gusto por la carrera de medicina, en particular por trabajar en el área de urgencias. Lo que limita el logro de estos valores son: La falta de equipo, instrumentos e insumos; la falta de colaboración de compañeros especialistas; y, la falta de resultados oportunos de los laboratorios y estudios que se hacen en el hospital. 15) Considero que la atención que se le proporciona al paciente no es acorde con los valores del hospital por la falta de atención interdisciplinaria y de equipo, instrumentos e insumos. 16) El equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes, garantizan resultados favorables a los pacientes que los utilizan, pero no tenemos los suficientes para todos los pacientes que atendemos. 17) Las formas de comunicación entre el personal médico y el personal administrativo son: La verbal y la escrita. 18) Sobre las características de estas dos formas de comunicación podemos decir que la verbal es de respuesta rápida y la escrita la utilizamos para quejas y para solicitudes. 19) Considero que el sistema de comunicación es regular, porque nos falta la comunicación multidisciplinaria. 20) La característica esencial de la profesión médica de urgencias, son los conocimientos necesarios para desempeñarse en el área de

urgencias. 21) El propósito esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la vida y la salud de los pacientes. 22) Logro el propósito esencial de mi profesión médica de urgencias, con conocimientos, con ética y con respeto a los pacientes. 23) Percibí los procesos realizados para la acreditación del hospital como que nada más se trato de cumplir un requisito. 24) Considero que la acreditación va influir con más presupuesto, y se podrá contar con más equipo, instrumental e insumos. 25) Creo que existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa del hospital, porque se aplican para fines distintos. 26) La normatividad médica favorece, porque son guías para el manejo de pacientes; y limita cuando los pacientes requieren de un estudio urgente y no los tenemos porque el hospital no cuenta con el equipo para hacerlos. Respecto a la normatividad administrativa limita porque no proporciona con prontitud el material que se necesita en urgencias. 27) El 90% de los médicos no nos apegamos a la normatividad médica porque nos faltan médicos especialistas; la mayoría de médicos en urgencias son médicos generales que no entienden la normatividad del especialista y por eso prefieren aplicar sus conocimientos y experiencias; esta situación incluso puede ocasionar hasta la muerte del paciente y no hay sanciones. 28) En mi opinión, las relaciones humanas entre todo el personal son de cortesía. 29) Como médico de área de urgencias cumplo con mi responsabilidad con muchas ganas de trabajar. 30) Considero que el 90% de los pacientes salen satisfechos con la atención recibida, aunque no cumplamos con los estándares de calidad y el 10% restante de los pacientes que salen insatisfechos es por la falta de espacio, equipo, instrumentos e insumos.

## **ENTREVISTA: 11.**

1) Existen diferencias entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo. 2) La forma de pensar y actuar de los médicos es que piensan en el sentido de atención a los pacientes y exigen al personal administrativo el equipo, los instrumentos e insumos necesarios que necesitan para atender a los pacientes. 3) Como administrativo pienso y actúo en función del presupuesto autorizado; los exclusivamente administrativos tienen que realizar una serie de procesos administrativos para adquirir materiales y servicios; como médico y como administrativo que por ahora soy, tengo que pensar tanto en la situación administrativa como en la situación clínica. 4) Considero que son importantes las formas de pensar y actuar de los médicos y de los administrativos, porque uno no existiría sin el otro, el área administrativa provee de lo que el cuerpo médico necesita y los médicos son importantes para atender los problemas de salud de los pacientes. 5) En la relación entre médicos y administrativos los directivos del hospital –médicos con puestos administrativos -somos mediadores entre el cuerpo médico y los exclusivamente administrativos; una de las manifestaciones de la relación entre médicos y administrativos es que generalmente el administrativo indica al personal médico lo que debe hacer en el terreno administrativo, en cambio el médico difícilmente le da indicaciones al administrativo. 6) En mi opinión, el elemento en común que tienen las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, es el bien del paciente. 7) Los factores que influyen en la forma de pensar y de actuar de los médicos son: Su carácter, su formación personal y profesional. 8) La forma de pensar y de actuar de los médicos influye en el personal administrativo para que logren hacer las cosas a tiempo para los médicos. 9) La forma de pensar y de actuar de los administrativos influye en los médicos cuando logran que los médicos realicen con más orden las funciones administrativas que realizan. 10) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y personal administrativo emanan, de la formación profesional de los médicos y de los administrativos. 11) Los factores que favorecen las relaciones laborales entre médicos y personal administrativo son: El enfoque del médico a atender las patologías de los pacientes; el suficiente y oportuno abastecimiento de los instrumentos e insumos que los médicos necesitan, por parte de los administrativos; Los factores que limitan esta relación entre médicos y administrativos, son: El pensamiento de los administrativos a atender prioritariamente el papeleo; y la falta de voluntad de los administrativos para comprender la importancia de la labor de los médicos. 12) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional como médico es la vida del paciente. 13) Considero que los valores del hospital son: La prioridad son los pacientes; humanismo y atender a los pacientes lo mejor posible. 14) El valor que aplico en el hospital como médico y como administrativo es resolver la problemática clínica y administrativa que presentan los pacientes. 15) Mis principales valores como médico con cargo directivo es preservar la vida y restablecer la salud de los pacientes. 16) Como médico procuro alcanzar estos valores de preservar la vida y restablecer la salud, tratando de ver a los pacientes integralmente en todo su contexto y de apoyarlos en todo lo que sea posible; como administrativo procuro alcanzar estos valores, tramitando ante las autoridades más y mejores cosas para el buen funcionamiento del hospital. 17) Los factores que favorecen el logro de estos valores son: Que como médico y directivo que soy, puedo diferenciar lo prioritario para los médicos y lo no prioritario, para tramitar lo prioritario; también favorece mi empeño y mi interés para que este hospital funcione lo más adecuadamente posible; los factores que limitan el logro

de estos valores son: Que no tengo el tiempo suficiente para atender todos los asuntos que se me presentan; y la limitada interacción que existe entre todo el personal del hospital. 18) Considero que la atención que se brinda a los pacientes es acorde con los valores del hospital, aunque la diversidad de caracteres y la formación personal es donde quizás no se cumpla en su totalidad la adecuada atención a los pacientes. 19) En mi opinión, el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes, generalmente si garantizan resultados favorables para la vida y la salud de los pacientes, cuando no se logran resultados favorables es porque son equipos demasiados costosos y porque no llega a tiempo a los médicos el insumo requerido. 20) Las formas de comunicación entre los médicos y el personal administrativo son: Verbal y escrita. 21) Las características de las formas de comunicación son: Con la dirección es verbal cuando es algo urgente y escrito cuando es una petición formal; entre médicos generalmente es verbal y es escrita en el expediente clínico. 22) El sistema de comunicación es ineficaz porque existen quejas de los pacientes de que hay falta de comunicación del médico hacia los pacientes y también es ineficaz porque tenemos que atender a pacientes que únicamente hablan su dialecto y en el estado de Chiapas hay muchos dialectos y para entender a los pacientes es difícil. 23) Las características de la profesión médica son: La sensibilidad en el trato a los pacientes en un estado de enfermedad y el humanístico; las características de la profesión administrativa son: Lo humano y la sensibilidad para detectar lo problemas. 24) Considero que los propósitos esenciales de ambas profesiones médica y administrativa son: El conocimiento y lo humano. 25) Percibí los procesos de la acreditación como una mejora en la organización de los aspectos médicos y administrativos del hospital. 26) Los efectos de la acreditación será una mejor atención a los pacientes porque todo está organizado. 27) Creo que la acreditación va influir en una mejor atención a los pacientes en el abordaje clínico y en la limpieza del hospital. 28) Considero que existen diferencias entre la normatividad administrativa y la normatividad médica del hospital, porque la normatividad médica esta dirigida hacia la atención de los pacientes y la normatividad administrativa esta hecha para controlar el presupuesto. 29) La normatividad médica favorece porque todo es con el fin de la atención de los pacientes y la normatividad administrativa limita porque esta llena de trámites administrativos. 30) Si realizo alguna actividad y no me apego a la normatividad médica y no hay consecuencias problemáticas, no pasa nada, pero si las hay, me sancionan. 31) En mi opinión, las relaciones humanas entre todo el personal del hospital son moderadas, cordiales en un 90% quizás y el 10% restante lo atribuyo a los caracteres y a las formaciones personales. 32) Como administrativo cumplo con mis responsabilidades, inspirando confianza, entablando buenas relaciones con todo el personal del hospital; actuando con tolerancia y siendo prudente. 33) Considero que la mayoría de los pacientes si salen satisfechos con la atención recibida, los que salen insatisfechos son porque existen quejas de que hay falta de comunicación entre el médico y los pacientes; y, por el trato inadecuado a los pacientes de algunos médicos que cuando están estresados, son groseros con los pacientes.

## **ENTREVISTA: 12.**

1) Si existen diferencias entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo, porque no conciben de la misma forma el objetivo del hospital. 2) El médico piensa y actúa en relación al tiempo que le exige el estado de salud de los pacientes. 3) El administrativo piensa y actúa en función de la normatividad administrativa. 4) Los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los médicos son: El tiempo perentorio en la atención de los pacientes; la permanente solicitud de los médicos a los administrativos de los instrumentos necesarios para atender adecuadamente a los pacientes; y los procedimientos médicos expeditos que se realizan. 5) Mi opinión de médico sobre los elementos que integran la forma de pensar y de actuar de los administrativos es que, los administrativos se apegan en un 100% a su normatividad; el papel de los administrativos de proporcionar los materiales a los médicos; y un elemento más son los procedimientos administrativos burocráticos. 6) En mi opinión, las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos son importantes para el funcionamiento del hospital, porque los que atienden a los pacientes son los médicos y quienes proveen de los materiales necesarios para atender a los pacientes son los administrativos. 7) La relación entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es conflictiva por que no hay un trabajo de equipo en la atención de los pacientes. 8) Como características médicas de esta relación entre médicos y administrativos, están la capacidad para decidir sobre la forma de atender a los pacientes; y trabajar con el tiempo perentorio en la atención a los pacientes. Dentro de las características administrativas de esta relación entre médicos y administrativos están: Los administrativos se aferran a la normatividad administrativa; al presupuesto autorizado y carecen de capacidad de decisión. 9) El elemento en común que tienen las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es la atención de los pacientes. 10) Dentro de los factores que influyen en la forma de pensar y de actuar de los médicos esta la insuficiencia de equipo, instrumentos e insumos para atender a los pacientes. 11) Los efectos de la influencias de la forma de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, hace que las relaciones laborales entre estos dos sectores sean difíciles, provocando la limitación de la calidad de la atención médica por falta del material necesario, lo que genera un estado de inconformidad en los médicos por no poder atender con calidad a los pacientes por la falta de material necesario. 12) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos emanan de la rotación que se da en los puestos administrativos, lo cual impide que los administrativos lleguen a conocer un poco más las situaciones médicas. 13) Un factor que limita las relaciones laborales entre médicos y administrativos es la calidad de la atención médica por falta de los materiales necesarios. 14) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional de médico es servir a los pacientes. 15) Considero que los valores del hospital son: La actualización permanente del personal médico; y el hospital en sí mismo por ser un hospital escuela. 16) Un valor que aplico como pediatra es el trabajo en equipo entre los médicos del área. 17) Mis principales valores como médico son: La aplicación de los conocimientos en beneficio de la salud del paciente; la disposición en tiempo para atender a los pacientes y el trabajo en equipo. 18) Como médico procuro alcanzar los principales valores de mi profesión, propiciando el trabajo en equipo y aplicando mis conocimientos en la atención a los pacientes. 19) Favorece el logro de mis valores profesionales el que los médicos del servicio de pediatría tienen como propósito principal atender a los pacientes; y, limita el

logro de los valores profesionales, la insuficiente situación económica del hospital. 20) Considero que la atención que se le proporciona a los pacientes es acorde con los valores del hospital porque tratamos de darle la mejor atención a los pacientes de acuerdo a nuestras posibilidades. 21) En mi opinión, el equipo, los instrumentos y los insumos utilizados en la atención a los pacientes garantizan resultados favorables para la vida y la salud de los pacientes, pero es insuficiente para atender a todos los pacientes que tenemos. 22) Las formas de comunicación entre el personal médico y el personal administrativo son: La verbal y la escrita. 23) Las características de la comunicación verbal son: Su utilidad para ventilar las discrepancias; y el respeto. Las características de la comunicación escrita son: Es precisa, oportuna y respetuosa. 24) Considero que el sistema de comunicación es eficaz para proporcionar un servicio de calidad en el hospital, aunque no en un 100% con los pacientes por la falta de tiempo dedicado a cada paciente. 25) Las características de la profesión médica Son: La disponibilidad de atención a los pacientes; atender a todo paciente sin distinción de ninguna especie y mantenerse actualizado. 26) El propósito esencial de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de la vida y la salud de los pacientes. 27) Mi percepción de los procesos realizados para la acreditación del hospital es que existirá mayor intermediación entre el cuerpo médico y el cuerpo administrativo; percibo también, que en estos procesos le dio prioridad al concepto de acreditación y se dejó a un lado la atención de los pacientes. 28) Creo que el efecto de la acreditación será la existencia de más burocratismo. 29) Considero que la acreditación influirá en resolver el problema de salud de los pacientes. 30) En mi opinión, existen diferencias entre la normatividad administrativa y la normatividad médica; la normatividad administrativa está orientada al adecuado desempeño de las labores administrativas y la normatividad médica esta orientada a la atención de los pacientes; estas diferencias se ven reflejadas en la rigidez de los administrativos en el cumplimiento de la normatividad administrativa y el médico decide si se apega a la normatividad médica o aplica su experiencia y sus conocimientos en la atención de los pacientes. 31) La normatividad médica favorece porque guía la acción de los médicos y permite tomar decisiones en la atención de los pacientes. Respecto a la normatividad administrativa a veces favorece y a veces limita, favorece porque establece el camino a seguir y limita en cuanto a que es rígida y todo lo estandariza. 32) Si realizo alguna actividad sin apegarme a la normatividad establecida en el desempeño de mi trabajo y se resuelve el problema de salud del paciente, no pasa nada; pero si hubo una complicación, hay una sanción. 33) En mi opinión, las relaciones humanas entre todo el personal del hospital, son difíciles porque existen grupos con sus propios intereses. 34) Cumpló con mi responsabilidad como pediatra procurando trabajar en equipo. 35) Considero que la gran mayoría de los pacientes salen satisfechos con la atención recibida, los que no salen satisfechos es porque: No se tuvo el equipo, instrumentos o insumos necesarios; o la evolución de su enfermedad no permitió resolver totalmente sus problemas de salud; o porque la recuperación de la salud es paulatina.

### **ENTREVISTA: 13.**

1) Si existen diferencia entre la forma de pensar y de actuar de los médicos y la forma de pensar y de actuar de los administrativos en el desempeño de su trabajo. 2) Los médicos de neonatología piensan y actúan en función de la atención médica de los pacientes. 3) Mi opinión de neonatóloga es que los administrativos piensan y actúan sin tomar en cuenta los problemas que enfrentamos los médicos en la atención que damos a los pacientes por la insuficiencia de equipo, instrumental e insumos. 4) Considero que son importantes las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos para el funcionamiento del hospital, porque los médicos son parte esencial del hospital y los administrativos son los que administran al hospital. 5) Con los médicos administrativos hay una buena relación, porque tenemos la comprensión y el apoyo de ellos; esto se debe a que tienen especialidades a fines a las especialidades de pediatría y a neonatología. Con el personal netamente administrativo, la relación es difícil porque no proporcionan oportuna y suficientemente el equipo, el instrumental y los insumos que los médicos necesitamos para atender a los pacientes. 6) Como características de la relación entre las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos, tenemos que: Los administrativos limitan la labor de los médicos porque no les proporciona oportunamente el suficiente material para atender a los pacientes, porque se ciñen a su normatividad administrativa que esta llena de burocratismo; la falta de conciencia del personal administrativo del trabajo médico y viceversa. 7) Los factores que influyen en las relaciones laborales entre médicos y administrativos emanan de: La falta de conocimiento de los administrativos de la atención a los pacientes; y de la actitud de superioridad de los médicos sobre los administrativos. 8) Uno de los efectos de la influencia de las formas de pensar y de actuar de los médicos y de los administrativos es que los administrativos limitan la labor de los médicos en la atención a los pacientes. 9) Un factor que favorece las relaciones entre los médicos y los administrativos es la comunicación respetuosa que hay entre los médicos y los administrativos; y uno de los factores que limitan es la imposibilidad de los administrativos para proporcionarle a los médicos los materiales necesarios para la atención de los pacientes. 10) Los valores que me inculcaron en mi formación profesional es la pulcritud, la limpieza y la higiene en el manejo de los recién nacidos. 11) Considero que uno de los valores del hospital es la constante actualización del personal médico. 12) Los valores que aplico en el hospital es procurar que se mejore la calidad de la atención medica de los infantes. 13) Mis principales valores como médico son: Mantener la vida, preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los recién nacidos. 14) Procuo alcanzar estos valores supervisando que los médicos pediatras apliquen los métodos de higiene en manejo de los recién nacidos. 15) Favorece el logro de mis principales valores de médico, la actualización continua; y limita el logro de mis principales valores la actitud de rechazo de los pediatras para aplicar las medidas de higiene en el manejo de los recién nacidos; y la falta de disponibilidad de los administrativos para comprender en que consiste la atención médica a los pacientes. 16) Considero que la atención que se le proporciona a los pacientes es acorde con los valores del hospital, porque se le da prioridad a los recién nacidos que más la requieren. 17) En mi opinión, se tiene el mejor equipo, instrumental e insumos para atender a los recién nacidos, lo que garantiza resultados favorables para la vida y la salud de los infantes, pero es insuficiente para atender a la demanda que tenemos. 18) Las formas de comunicación entre el personal de la atención médica y el personal administrativo del hospital son: La verbal y la escrita. 19) La característica de la

comunicación verbal es que se utiliza entre médicos, entre médicos con enfermeras y entre médicos y enfermeras con los médicos directivos del hospital; y la característica de la comunicación escrita es que se utiliza para dejar constancia de lo que se comunica. 20) Dentro del área de neonatología el sistema de comunicación si es eficaz para brindar un servicio de calidad, porque hay mucha comunicación entre los pediatras y entre los pediatras y las enfermeras y con los familiares de los recién nacidos; entre el personal médico y el personal administrativo el sistema de comunicación es ineficaz por la falta de apoyo de los administrativos a los médicos. 21) La característica esencial de la profesión médica es la supervisión estrecha de la adecuada atención que se les da a los recién nacidos. 22) Los propósitos de la profesión médica es la aplicación de los conocimientos en beneficio de los pacientes. 23) Logro este propósito aplicando mis conocimientos en beneficio de los pacientes. 24) Percibí que los procesos para la acreditación del hospital estuvieron orientados a una mejora de las formas de atención a los pacientes. 25) Los efectos de la acreditación es la mejora de los lineamientos para el manejo del paciente. 26) Considero que la acreditación va influir mejorando la calidad de la atención a los pacientes. 27) Si existen diferencias entre la normatividad médica y la normatividad administrativa del hospital, porque la normatividad médica es para la atención del paciente y la normatividad administrativa es para controlar al personal y al presupuesto. 28) La normatividad médica favorece porque señala la forma correcta de atender a los infantes, sin embargo, limita la actitud de desobediencia de los médicos hacia las normas de higiene en la atención de los pacientes. 29) Si realizo alguna actividad sin apegarme a la normatividad establecida en el desempeño de mi trabajo, me aplican una sanción. 30) En mi opinión, las relaciones humanas entre todo el personal del hospital son regulares, porque hay buenas relaciones pero también las hay poco amables y poco cortés. 31) Cumplo con mi responsabilidad procurando mejorar la calidad de vida de los recién nacidos. 32) Considero que los pacientes salen satisfechos con la atención recibida dependiendo de la patología que haya sido la causa de su ingreso, no todas las patologías permiten un egreso satisfactorio.

#### **ENTREVISTA: 14.**

1) El motivo de mi hospitalización fue por una hernia. 2) El tiempo que estuve hospitalizado fue de un día. 3) Recibí toda la información sobre el tratamiento de mi enfermedad y me mandaron hacer análisis. 4) No tuve la oportunidad de preguntar sobre mi estado de salud, porque me dijeron que me iban a operar, me operaron el día viernes y el sábado me dieron del alta. 5) Recibí un trato respetuoso, buena atención de las enfermeras y buena comunicación. 6) Tuve la libertad de decidir, no hubo presión. 7) El médico que me atendió siempre fue el mismo. 8) La programación de mis citas siempre fueron buenas en tiempo con mi enfermedad. 9) Hubo mucha limpieza en las camas, en la comida, en los baños y en donde estuve encamado. 10) Mientras estuve hospitalizado, siempre estuve acompañado de mi esposa. 11) Regresaría con mucho gusto a este hospital a solicitar la atención médica porque me atendieron bien. 12) Como me atendieron me gustaría ser atendido, no me negaron nada, incluso la dirección del hospital, se preocupo para que me dieran mi incapacidad, mi sindicato no me oriento como tenerla.

## **ENTREVISTA: 15**

1) El motivo de mi hospitalización fue por una Pancreatitis. 2) El tiempo que estuve hospitalizado fue de 10 días. 3) El médico que me atendió me dio toda la información sobre el tratamiento de mi enfermedad. 4) Tuve la oportunidad de preguntar sobre mi estado de salud pero no pregunte. 5) Recibí un trato respetuoso, porque no me hicieron esperar. 6) No tuve la libertad de decidir sobre el tratamiento de mi enfermedad porque no tengo dinero. 7) El médico que me atendió siempre fue el mismo. 8) La programación de mis citas la considero buena de acuerdo con mi enfermedad. 9) Hay mucha higiene en los servicios del hospital. 10) Siempre estuve acompañado de mi hermana. 11) Regresaría a este hospital a solicitar la atención médica porque me dieron un trato amable. 12) De la misma manera que me atendieron, me gustaría ser atendido en este hospital.

## **ENTREVISTA: 16**

1) El motivo de mi hospitalización fue por Cirrosis Hepática. 2) El tiempo que estuve hospitalizado fue de 8 días. 3) No recibí toda la información sobre el tratamiento de mi enfermedad, porque el médico no platicaba. 4) No tuve la oportunidad de preguntar mis dudas sobre mi estado de salud, porque el médico no deja que uno le pregunte. 5) Recibí un trato respetuoso del médico y de las enfermeras. 6) No tuve la libertad de decidir sobre el tratamiento de mi enfermedad porque yo no quería curarme. 7) El médico que me atendió siempre fue el mismo. 8) La programación de mis citas son muy largas, mis citas con el médico son cada 30 días. 9) Los servicios básicos del hospital son buenos, está bien arreglado todo. 10) Cuando estuve hospitalizada, siempre estuve acompañada de mi esposo. 11) No regresaría a este hospital porque mi enfermedad no tiene remedio. 12) No me gustaría volver a estar hospitalizada porque tengo cinco niños chiquitos y no hay quien los cuide.

### **ENTREVISTA: 17.**

1) El motivo de mi hospitalización fue que se me reventó la Úlcera Gástrica. 2) El tiempo que estuve hospitalizado fue 14 días. 3) Recibí la información detallada sobre el tratamiento de mi enfermedad. 4) Nunca pregunté sobre mi estado de salud. 5) Siempre recibí un trato respetuoso. 6) Tuve la libertad de decidir sobre el tratamiento de mi enfermedad, pero no tengo dinero para ir a otro hospital. 7) El médico que me atendió siempre fue el mismo. 8) La programación de mis citas son acordes con el tratamiento de mi enfermedad, son cada 2 meses. 9) En todos los servicios básicos del hospital había limpieza pero no había ventilación suficiente. 10) Cuando estuve hospitalizada, siempre me acompañó mi hija. 11) Regresaría a solicitar la atención médica a este hospital, por que no tengo dinero para ir a un particular. 12) Me gustaria ser atendida como me atendieron y me gustaría que me proporcionen la medicina, porque la compre yo, así me gustaría ser atendida.

## **ENTREVISTA: 18**

1) El motivo de mi hospitalización fue del intestino, lo tenía perforado. 2) El tiempo que estuve hospitalizado fue un mes. 3) No se si me informaron detalladamente sobre mi enfermedad, porque yo casi no me daba cuenta. 4) El médico que me atendió, me dio la oportunidad de preguntar sobre mi estado de salud. 5) Recibí un trato respetuoso, porque no me hacían esperar. 6) No tuve la libertad de decidir sobre el tratamiento de mi enfermedad, porque me metieron de emergencia. 7) El médico que me atendió siempre fue el mismo. 8) La programación de mis citas para pasar con el médico son muy largas, son cada mes y medio. 9) En los servicios básicos del hospital, hubo limpieza y me dieron la comida que indico el doctor. 10) Durante estuve hospitalizada, estuve acompañada a veces por mi esposo o a veces por mi hija y a veces por mi hijo. 11) Yo regresaría a solicitar la atención médica a este hospital, porque no tengo dinero para pagar a un particular. 12) Me gustaría ser atendida igual, porque me atendieron muy bien.

ANEXO 2.  
TESTIMONIO GRÁFICO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL  
“DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”.



Vista frontal del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa".



Entrada a las oficinas administrativas y a la zona de urgencias.



Entrada principal de pacientes.



Una de las salas de espera de consulta externa.



Médicos y enfermera en una intervención quirúrgica de fractura de tibia y peroné.



Vista parcial de la sala de neonatos.



Sala de primer contacto, de la subdirección de urgencias.



Vista parcial de la sala de choque, de la subdirección de urgencias.



Auditorio "Dr. Domingo Chanona".



Inventario de libros en la biblioteca del hospital.



Inventario de revistas médicas y espacios individuales de lectura.



Área que alberga a las oficinas administrativas.

**ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS Y GRÁFICAS.**

## ÍNDICE DE CUADROS

- Cuadro 1. Procesos generales para la administración de la calidad.
- Cuadro 3. Criterios para la certificación: De estructura.
- Cuadro 2. Conformación de hospitales públicos.
- Cuadro 4. Criterios para la certificación: Procesos y resultados.
- Cuadro 5. Jurisdicciones Sanitarias. FUENTE: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
- Cuadro 6. Municipios que integran la Jurisdicción Sanitaria I. FUENTE: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
- Cuadro 7. Esperanza de vida por Entidad Federativa.
- Cuadro 8. Plantilla de personal.
- Cuadro 9. Relación No. camas/población.
- Cuadro 10. Camas Censables.
- Cuadro 11. Camas no censables.
- Cuadro 12. Instalación, equipo y laboratorios médicos.
- Cuadro 13. Imagenología.
- Cuadro 14. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.
- Cuadro 15. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.
- Cuadro 16. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.
- Cuadro 17. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.
- Cuadro 18. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.
- Cuadro 19. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.
- Cuadro 20. Resultados de los servicios proporcionados por el Hospital, del 2001 al 2005.
- Cuadro 21. Formato: Acreditación de Establecimientos públicos de atención médica hospitalaria.
- Cuadro 22. Formato: Acreditación de Establecimientos públicos de atención médica hospitalaria.
- Cuadro 23. Variable: Valores. Fuente: Elaborado por el autor.
- Cuadro 24. Variable: Comportamiento. Fuente: Elaborado por el autor.
- Cuadro 25. Variable: Comunicación. Fuente: Elaborado por el autor.
- Cuadro 26. Variable: Normatividad. Fuente: Elaborado por el autor.
- Cuadro 27. Variable: Profesión. Fuente: Elaborado por el autor.
- Cuadro 28. Guía de observación. Fuente. Elaborado por el autor.
- Cuadro 29. Guía de entrevistas a profundidad. Fuente. Elaborado por el autor.
- Cuadro 30. Guía de entrevistas a profundidad. Fuente. Elaborado por el autor.
- Cuadro 31. Grupos médicos entrevistados.
- Cuadro 32. Servicios médicos en los que se realizó la observación.
- Cuadro 33. Grupos que incluyen a los entrevistados.
- Cuadro 34. Tipo de profesión y pacientes que conformaron la muestra.
- Cuadro 35. Programa de entrevistas por clasificación para el estudio cualitativo.
- Cuadro 36. Pacientes entrevistados.

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

- Figura 1. La concepción de la calidad, del modernismo al postmodernismo en las teorías de la administración y la organización. Fuente: Barba Álvarez Antonio (2005). Modificado por el autor.
- Figura 2. Mapa, Estado de Chiapas. Regionalización jurisdiccional.
- Figura 3. Croquis Jurisdicción Sanitaria I.
- Figura 4. Clasificación de los temas de estudio y sus efectos en la calidad.

## **ÍNDICE DE GRÁFICAS**

- Gráfica 1. Unidades Hospitalarias Certificadas.
- Gráfica 2. Estructura General. Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
DOCTORADO EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES**



**Casa abierta al tiempo**

**TESIS:**

**LA RELACIÓN ENTRE LA LÓGICA MÉDICA Y LA LÓGICA ADMINISTRATIVA  
Y SUS EFECTOS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES.  
ESTUDIO DE CASO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SEGUNDO NIVEL  
EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; MÉXICO.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
DOCTOR EN ESTUDIOS ORGANIZACIONALES**

**PRESENTA:**

**JOSÉ ROBERTO TREJO LONGORIA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. MANUEL DE JESÚS MOGUEL LIEVANO**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; diciembre de 2006.

