



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD
SEGUNDA EDICIÓN

D.R. © Secretaría de Salud
Unidad de Análisis Económico
Dirección General de Calidad y Educación en Salud – DGCEs
Dirección de Seguridad del Paciente
Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad

INDICE

Presentación.....	1
Alineación con las Metas Nacionales.....	2
Antecedentes.....	3
Objetivos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos.....	5
Marco conceptual.....	6
Evolución histórica de la calidad	6
Congruencia de la organización.....	8
Compromiso y competencias de los dirigentes.....	8
Anticiparse para la acción.....	9
Participación del capital humano.....	9
Enfoque sistémico.....	9
Enfoque basado en procesos.....	10
Desarrollo de alianzas.....	11
Sistema de Gestión de Calidad.....	11
Madurez de los Sistemas de Gestión de Calidad	12
1. Enfoque.....	13
2. Implantación.....	14
3. Acciones correctivas y preventivas.....	14
4. Evaluación y mejora continua.....	14
5. Comparación referencial.....	14
6. Resultados de valor	15
Descripción de los criterios y subcriterios	18
1. Atención centrada en Personas, comunidad y población.....	18
1.1. Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud	19
1.2. Comunicación con las personas, comunidad y población.....	20
1.3. Experiencia de la persona en la organización	21
1.4. Oferta de Servicios.....	21
2. Liderazgo.....	22
2.1. Liderazgo aplicado al ejemplo y la práctica	23
2.2. Cultura de calidad	24
2.3. Metas y objetivos claros.....	24

2.4. Competencias del equipo directivo.....	25
2.5. Identificación de líderes para los equipos de Alto desempeño.....	25
3. Información, Conocimiento, Innovación y Tecnología.....	26
3.1. Alineación de la información estratégica.....	27
3.2. Análisis e interpretación de la información.....	27
3.3. Protección de la información.....	27
3.4. Información en salud de referencia.....	27
3.5. Metas y objetivos sectoriales.....	28
3.6. Ganancia en salud.....	28
4. Planeación.....	28
4.1. Planeación estratégica.....	29
4.2. Cumplimiento de la regulación.....	30
4.3. Planeación operativa.....	30
4.4. Plan anual de calidad y seguridad del paciente.....	31
5. Responsabilidad Social.....	31
5.1. Responsabilidad pública.....	32
5.2. Promoción de la cultura de calidad.....	32
5.2.1. Al interior de la unidad.....	32
5.3. Al exterior de la unidad.....	33
5.4. Hospital seguro.....	33
6. Desarrollo y satisfacción del personal.....	33
6.1. Evaluación del desempeño.....	34
6.2. Identificación y desarrollo del talento.....	35
6.3. Satisfacción del personal.....	35
6.4. Programa de incentivos.....	36
6.5. Experiencia del personal en la institución.....	36
7. Mejora de procesos.....	36
7.1. Administración de procesos estratégicos.....	37
7.2. Administración de procesos de apoyo integral.....	37
7.3. Administración de procesos de suministro.....	38
7.4. Gestión del riesgo en la atención.....	38
8. Resultados de valor.....	39
8.1. Salud en la población.....	40
8.2. Acceso efectivo.....	41
8.3. Organizaciones confiables y seguras.....	41
8.4. Experiencia satisfactoria de la población al transitar por el sistema de salud y del personal de salud al prestar los servicios.....	42
8.5. Costos razonables.....	43

Cómo iniciar la implementación del modelo de gestión de calidad en salud para integrar un sistema de gestión de calidad en salud.....	44
Autoevaluación.....	45
Glosario de términos	47
Bibliografía y lecturas sugeridas.....	54
Desarrollo y coordinación editorial	58

PRESENTACIÓN

Una de las funciones principales de un Sistema de Salud es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, lo que implica que el sistema responda a las necesidades de salud de la población, siendo un elemento fundamental la calidad de la atención a la salud.

En este sentido, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), con la finalidad de robustecer la calidad de la atención en los establecimientos de atención médica, impulsa el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad y el reconocimiento de experiencias exitosas -en materia de calidad y seguridad del paciente- en las instituciones públicas del sistema nacional de salud.

Así, la DGCES ha desarrollado el documento denominado “Modelo de gestión de calidad en salud”; herramienta que sirve como guía para que los establecimientos de salud logren alcanzar resultados de valor para la persona, es decir; 1) salud, 2) acceso efectivo, 3) atención médica segura, 4) costos razonables, 5) satisfacción de la persona al transitar por el sistema; considerando criterios de liderazgo en la implementación de la atención, uso de información para la toma de decisiones, planeación basada en las necesidades de la población, responsabilidad social, desarrollo y satisfacción del personal, así como mejora continua de los procesos.

A continuación el lector encontrará la explicación detallada del marco conceptual bajo el cual fue desarrollado el modelo y la manera en la que se espera sea implementado, favoreciendo el fortalecimiento de los sistemas de gestión de calidad de los establecimientos y organizaciones médicas, y considerando los distintos contextos en los que se desarrollan.



ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, señala en su apartado 2 Política Social que El objetivo más importante del gobierno de la Cuarta Transformación es que en 2024 la población de México esté viviendo en un entorno de bienestar. Para ello, el “Gobierno Federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos” 1.

Lo anterior, se logrará a través del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, que operará en todo el país prestando servicios de atención a todas las personas sin seguridad social; dicha atención comprenderá los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, así como trato no discriminatorio, digno y humano.

Asimismo, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, establece en su objetivo 2 2.-el “Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano”2.

En el mismo sentido, el Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx considera fortalecer el Primer Nivel de Atención, “con un enfoque directo en la Atención Primaria a la Salud, donde la estructura de las Redes Integradas de Servicios de Salud encontrará, con la reestructuración de las Jurisdicciones Sanitarias al convertirlas en Distritos de Salud, un ente coordinador de acciones en su territorio de responsabilidad, que garantizará la atención eficiente y continua de la población a su cargo”.3

Lo anterior, permitirá una transformación en el Sistema Nacional de Salud con miras al acceso universal a servicios de salud, equitativos, dignos y con calidad y eficiencia en la atención; este Modelo incluye todos los niveles de atención y contempla tanto la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación, así como la atención paliativa.

De igual forma, el Programa Sectorial de Salud “parte de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en consonancia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 – 2024”4

Específicamente, el segundo objetivo prioritario se orienta a incrementar la calidad de la atención; “...particularmente, para las poblaciones con alta y muy alta marginación, dado que actualmente la asistencia y servicios relacionados con la protección de la salud implican, frecuentemente, tiempos de espera prolongados y atención deshumanizada, lo que propicia, en muchas ocasiones, que los padecimientos se agraven o adopten complicaciones serias, los enfermos sufran innecesariamente y en condiciones precarias y en algunos casos, mueran prematuramente”5.

1 Gobierno de México, Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, p. 53

2 Gobierno de México, Programa Sectorial de Salud 2020-2024

3 Gobierno de México, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I M: La Propuesta Metodológica y Operativa, p.6

4Gobierno de México., Programa Sectorial de Salud 2019-2024,

5Gobierno de México., Programa Sectorial de Salud 2019-2024,



ANTECEDENTES

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud ha participado desde hace más de catorce años en el desarrollo de políticas nacionales en materia de calidad, lo que ha permitido sentar las bases de una cultura de calidad en los servicios de salud.

La bibliografía internacional sobre temas de calidad cita que las organizaciones que desarrollan proyectos de mejora de la calidad y alcanzan un nivel de madurez aceptable, recurren a incentivar el esfuerzo, involucramiento y compromiso de los prestadores del servicio que participaron a través del diseño de esquemas de reconocimiento, con lo cual los proyectos se fortalecen hasta llevarlos a niveles de innovación.

Un ejemplo significativo, es el premio Malcolm Baldrige (Malcolm Baldrige National Quality Award), creado en los Estados Unidos de América por la Ley Pública 100-107, promulgada el 20 de agosto de 1987, de la cual se desprende un programa cuyo apoyo principal proviene de la fundación para el dicho premio, establecido en 1988. (The Baldrige Performance Excellence Program, 2015).

El premio lleva el nombre de Malcolm Baldrige, quien, entre otras actividades y cargos, se desempeñó como Secretario de Comercio en los Estados Unidos desde 1981 hasta su muerte en 1987. El premio define como valores clave: la calidad orientada al cliente, el liderazgo, la mejora continua, la participación y el desarrollo de las personas, la respuesta rápida al mercado, el diseño y la prevención de calidad, la visión a largo plazo, la gestión por datos, el desarrollo de cooperaciones interna y externa, y la responsabilidad corporativa y ciudadana.

El Malcolm Baldrige National Quality Award es otorgado por el Instituto Nacional de Normas y Tecnología de Estados Unidos y es entregado por el presidente de ese país a las organizaciones que se consideran excepcionales, las cuales se distribuyen en cuatro categorías:

manufactura; servicio; pequeña empresa; y educación y cuidado médico. Éstas son a su vez evaluadas a partir de siete criterios: 1) liderazgo, 2) planificación estratégica, 3) enfoque del cliente y de mercado, 4) medida, análisis, y gerencia del conocimiento, 5) enfoque del recurso humano, 6) gerencia de procesos y, 7) resultados.

Cada uno de estos criterios se subdivide en una serie de subcriterios y cada uno de éstos incluye una serie de áreas a los que se les asigna una puntuación máxima, la cual al sumarse permite obtener el valor de cada criterio. La última modificación del modelo fue realizada en 1997.

Tomando como base los componentes del premio Malcolm Baldrige, en México fue desarrollado en sus orígenes el modelo de gestión de calidad en salud. Éste debe ser implementado en las organizaciones y establecimientos de salud para participar en el Premio Nacional de Calidad en Salud, (en adelante premio nacional de calidad en salud) el cual ha sustentado la designación de los ganadores con fundamento en el grado de madurez



alcanzado. La evaluación del grado de madurez se obtiene a partir de la ponderación de todos y cada uno de sus criterios y subcriterios, y se realiza en un marco de transparencia en el que se involucran evaluadores expertos, convocados y capacitados ex profeso.

Hacer referencia al premio nacional de calidad en salud, es concretar el resultado de una estrategia, que funciona como incentivo para la implementación del modelo de gestión de calidad en salud, el cual promueve el incremento en la calidad de los servicios de salud proporcionados en las unidades de atención médica; de servicios estatales auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y de servicios administrativos intermedios y centrales, mediante el establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad, tomando como base la adecuación del modelo de gestión de calidad en salud como instrumento directivo.

La Secretaría de Salud cuenta con dos vertientes de reconocimientos: unos dirigidos a las unidades operativas y otros a los profesionales de la salud. Los segundos ya están institucionalizados mediante el programa de estímulo al desempeño.

A partir del año 2001, la Secretaría de Salud puso en práctica sistemas de reconocimiento de las unidades operativas para institucionalizar la adopción de una cultura de calidad como parte del movimiento transformador de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Estos sistemas de reconocimiento se basaron en el esquema del modelo tradicional de los ocho criterios de desarrollo: 1) usuario, 2) liderazgo, 3) administración de procesos, 4) desarrollo del personal, 5) planeación, 6) información, 7) impacto social y 8) resultados.

El modelo inició en una primera etapa con las emisiones 2002 a 2007, y a partir de entonces ha evolucionado considerando los cambios en el entorno mundial. En 2008 el premio nacional de calidad de la Secretaría de Salud, se desplegó hacia el sector, permitiendo así la participación de instituciones como el IMSS y el ISSSTE.

La experiencia de las emisiones del premio nacional de calidad ha mostrado en forma progresiva la implantación de sistemas de gestión de calidad en los diferentes tipos de establecimientos y unidades médicas y administrativas del sector salud.

En 2016, el modelo de gestión de calidad en salud modifica sus componentes de acuerdo a las nuevas tendencias con un enfoque hacia los ocho criterios que las integran: 1) personas, comunidad, población; 2) liderazgo; 3) información, conocimiento, innovación y tecnología; 4) planeación; 5) responsabilidad social; 6) desarrollo y satisfacción del personal; 7) mejora de procesos; y 8) resultados de valor: a. salud en la población, b. acceso efectivo, c. organizaciones confiables y seguras, d.-experiencia satisfactoria, y e. costos razonables.



OBJETIVOS

Objetivo general

- Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante el impulso a la consolidación de la calidad en los establecimientos del Sector Salud, a través de la implementación de sistemas de gestión de la calidad en salud en los establecimientos y organizaciones de salud de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos específicos

- Fomentar la adopción de una cultura organizacional que tenga una alta trascendencia por la calidad de la atención, caracterizada por el enfoque en los cinco resultados de valor: salud a la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria de la población al transitar por el sistema de salud, y costos razonables; con sustento en las acciones que son emprendidas por los promotores para lograr la satisfacción de la población, respaldadas en el establecimiento de hábitos y conductas de los trabajadores de la salud, y en las que se apliquen en su quehacer diario los principios y valores de la calidad (institucionalización de la calidad), destacando la mejora continua, la innovación y el logro de las metas, y respetando los valores institucionales.
- Impulsar la implementación de un sistema de gestión de calidad en los establecimientos de atención médica, servicios auxiliares de diagnóstico, áreas administrativas y de calidad, así como otras organizaciones de salud, basado en la mejora continua de procesos estratégicos y de apoyo, enfocados a la mejora de la calidad de la atención a la persona y por ende, a la población.
- Promover una cultura de auto evaluación y evaluación externa de la calidad de la organización prestadora de servicios, como instrumento para la identificación de áreas sólidas y de oportunidades de mejora.
- Mejorar la calidad de los servicios para atender las necesidades y expectativas en salud de la población usuaria, mediante servidores públicos que en un ambiente de innovación vivan y apliquen en su quehacer diario los principios y valores de la calidad.



MARCO CONCEPTUAL

Evolución histórica de la calidad

De acuerdo a la edición del tricentenario del Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, el término calidad proviene del latín *qualitas*. Entre las varias acepciones que contiene incluye la siguiente: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. La calidad se ha definido como aquellas características de los bienes o servicios a partir de las cuales es posible calificarlos como aceptables o inaceptables, buenos o malos, deseables o indeseables.

La búsqueda de las organizaciones para garantizar que los resultados del trabajo respondan a las expectativas de quienes van a consumirlos es ancestral. Estas tareas se basan en diferentes modelos de administración. Por ejemplo, los sumerios y egipcios llevaban a cabo tareas administrativas para el logro de sus metas como la construcción de las pirámides. En épocas posteriores, los gremios de artesanos establecían estándares de sus productos, incluso normas de comportamiento, límites de costo y tiempos de entrega. (R.W. Hoyer, 2001). La revolución industrial con la producción en serie, la especialización en el trabajo y la competitividad entre los productores, generaron la necesidad de encontrar nuevas formas de organizar las empresas para la satisfacción de los mercados y el cumplimiento de sus objetivos.

En la época moderna, destacan el análisis y propuestas para la modificación de los paradigmas vigentes de la administración, en las que participaron varios teóricos. En esta disciplina son referentes los trabajos de Adam Smith y John Stuart Mill, quienes desarrollaron fundamentos teóricos para la asignación de los recursos productivos y la determinación de precios. Otros como Eli Whitney, James Watt y Matthew Boulton desarrollaron herramientas para administrar la producción tales como la estandarización y los procedimientos de control de calidad. (Aldana, L. A y Cols, 2011).

Durante el siglo XX en la medida en la que las organizaciones crecieron en dimensiones y en complejidad, la administración se tornó más compleja y se integraron varias disciplinas y ciencias para fortalecerla, tales como la economía, la ingeniería, la sociología, la psicología, y la teoría de sistemas. También se desarrollaron varias corrientes teóricas de la administración, organizadas de acuerdo a sus características. Algunas de ellas fueron la escuela de administración científica; la escuela clásica; la escuela de relaciones humanas; la escuela estructuralista-burocrática; o la escuela conductista o psicológica, que han dado lugar a la forma en la que se estructuran y operan las administraciones actuales.

Son de destacar los trabajos de Frederick Winslow y Frank y Lillian Gilbreth y Henry Ford, (fundador de la Ford Motor Company), Henry Fayol, Ernest Dale, Elton Mayo, Ralf Dahrendorf y Amitai Etzioni, Abraham Maslow, Douglas McGregor, Frederick Herzberg, James March, Herbert Simon, Norbert Wiener, John von Neumann, Ludwig von Bertalanffy, Daniel Katz, Robert L. Kahn, Stanford L. Optner, Henry Mintzberg y Michael Porter y Edwards Deming, entre otros.



La calidad ha evolucionado junto con el progreso de las diferentes sociedades, sus valores, expectativas, métodos de producción y distribución, medios de comunicación, desarrollo de las tecnologías de la información y condiciones de los mercados. Cada época se ha caracterizado por el énfasis en alguna de las tareas: la supervisión, el control, la eficiencia, etc.

La gestión de la calidad total (del inglés Total Quality Management –TQM-) es una estrategia de gestión cuya finalidad es crear conciencia y generar acciones para la mejora de la calidad en todos los niveles de la organización. Este estilo de administración ha sido adoptado tanto en la industria de la producción de bienes, como en la de producción de servicios y organizaciones de gobierno. Se le ha llamado calidad total porque se considera a la organización desde un enfoque global o sistémico, incluyendo a las personas que la conforman.

Desde esta perspectiva, la gestión de la calidad en salud surge de los mismos principios y se enfoca en las administraciones cuya razón de ser es la de prestar servicios de salud de manera directa o indirecta. De acuerdo a Donabedian, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que cualquier persona interprete, aunque, normalmente, es un reflejo de los valores y metas actuales en el sistema de atención médica y en la sociedad de la cual forma parte. (Avedis Donabedian, 2005)

La esencia de la gestión de calidad en salud consiste en involucrar y motivar a todo el personal de la organización para mejorar continuamente los procesos de trabajo por medio de la evaluación de los resultados y el establecimiento de planes de mejora que cumplan o excedan las expectativas de las comunidades, poblaciones y personas, generen resultados de valor, y creen nuevas propuestas de servicios y modelos de incentivos, con base en el apoyo técnico para las actividades institucionales con el gobierno, sus agencias reguladoras, las compañías de seguros, otros hospitales y proveedores de servicios.

El modelo de gestión de calidad en salud propuesto por la Secretaría de Salud tiene como fundamentos los principios:



CONGRUENCIA DE LA ORGANIZACIÓN

La razón de ser de las organizaciones de salud son sus usuarios, es decir las personas que atienden, por ello, las organizaciones deben esforzarse en cumplir, o mejor aún exceder sus expectativas. La congruencia entre sus acciones y su razón de ser es un principio esencial. A partir de este fundamento, ***las organizaciones deben profundizar en el conocimiento de las personas, atender sus mensajes y ajustar el diseño de los servicios de atención considerando la participación de los usuarios.***

Compromiso y competencias de los dirigentes

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, una organización es: “la asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines”. Una vez citado lo anterior, podemos decir que dentro de una organización las personas se relacionan de tal forma que los esfuerzos personales de sus miembros se suman para lograr algo que de manera individual no podrían alcanzar. Para alcanzar estos fines, requieren de una fuerza integradora que se centra en una persona o varias, a las que se denominan “líderes”; y en consecuencia, en las actividades que le permiten a éstos dirigir a la organización hacia el cumplimiento de metas y posicionamiento de la organización, denominadas como “liderazgo”. (Varo, J; 1994).

El significado de liderazgo se ha modificado a través del tiempo de acuerdo con los cambios sociales. En etapas tempranas de las sociedades, un líder era la representación de un dios a través del cual se consolidaban sus designios. La figura de un líder destaca por la fuerza y la influencia que ejerce sobre las sociedades. Figuras como Simón Bolívar,

Gandhi, Martin Luther King, Nelson Mandela y otros muchos, reúnen las condiciones que permiten identificar a estas figuras. El liderazgo es también un proceso interactivo, en el cual los miembros de la organización desarrollan habilidades para establecer una dirección con el fin de llegar a una meta, alineando y al mismo tiempo motivando a las personas.

Los líderes no solo se encuentran en el nivel de la gerencia, sino también en los grupos informales de trabajo. La diferencia entre liderazgo y dirección estriba en que el liderazgo es una parte de la dirección. El liderazgo es la habilidad de hacer que otros busquen con entusiasmo el logro de objetivos definidos por convicción (Keith Davies; 2003), mientras que las actividades de la dirección como la planificación, la organización y la toma de decisiones no son efectivas hasta que el líder estimula el poder de la motivación en las personas y las dirige hacia los objetivos.

El líder en todos los niveles y en todos los campos de trabajo humano, es un constructor de la cultura organizacional, definiendo a ésta como el conjunto de valores, tradiciones, creencias, hábitos, normas, actitudes y conductas que dan identidad, personalidad, sentido y destino a una organización para el logro de sus objetivos. Para lograr edificar una estructura organizacional, el



líder debe crear y mantener un ambiente interno en el que el personal se involucre totalmente con alcanzar los objetivos de la organización y conceder a los profesionales de la salud y a otros implicados, la oportunidad para tomar decisiones y promover el desarrollo de los equipos de trabajo, de acuerdo al tramo de control que les corresponda.

Al inspirar y motivar a líderes y empleados, es posible satisfacer las necesidades de las personas y sus familias. El impulso de los resultados y el fortalecimiento de la atención continua para la salud permite incluso lograr la participación de las personas en el cuidado y recuperación de su salud.

Anticiparse para la acción

Es importante aprovechar los antecedentes de operación que se tengan en forma cuantitativa, dado que mediante la interpretación de tendencias, será posible facilitar las proyecciones y prospectivas requeridas para planificar estrategias y acciones específicas de manera anticipada, esto con el fin de que respondan como se espera a satisfacer expectativas de los usuarios, del personal, de la institución y de los demás grupos de interés. De igual forma, resulta menester fortalecer el uso de la evidencia para el desarrollo de la innovación y la incorporación o desincorporación de la tecnología y el desarrollo de sistemas, con el fin de asegurar que la calidad sea construida desde el inicio y en todas las actividades de la organización.

Participación del capital humano

En todos los niveles, las personas son la esencia de una organización. El compromiso del personal es fundamental para el buen funcionamiento de la organización y se hace evidente cuando se encuentra habilitada una red de equipos de trabajo, tendientes a evolucionar hacia equipos de alto desempeño. Éstos se caracterizan por la interacción de diferentes esfuerzos, la sinergia intelectual de sus integrantes en la búsqueda de la mejora continua, y su enfoque en la solución de problemas que impacten en los procesos estratégicos y de apoyo. Su producto es la generación e implantación de proyectos que, como propuestas de valor, se orienten a la innovación y mejora continua de los procesos.

Se debe gestionar el talento humano a través de proveer con los recursos necesarios para mejorar el desempeño del personal, tomando como base el desarrollo de competencias acordes con los planes estratégicos sustentados en la capacitación. El objetivo es identificar, atraer, retener y desarrollar el talento médico y de otros profesionales de la salud. Por ello, también se deben fomentar la aplicación de métodos y oportunidades para el aprendizaje, así como el desarrollo de actividades de educación e investigación.

Enfoque sistémico



Cada uno de los elementos en un sistema está integrado por un conjunto de subsistemas, procesos y actividades, que interactúan entre ellos y con otros sistemas o subsistemas, factores y entidades internas y externas a la organización. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, promueve la eficacia, efectividad y eficiencia de la organización.

El desarrollo de la conciencia, representación y visión deben ser aplicados en la toma de decisiones inherentes a la definición del rumbo estratégico de los establecimientos y organizaciones de salud. Las interacciones e interdependencias sistémicas de los procesos en desarrollo implicados se orientan a la procuración y maximización de resultados, así como a la satisfacción de la población usuaria de los servicios. Estos elementos deben ser comprendidos y compartidos por todo el personal.

Enfoque basado en procesos

El Sistema de gestión de calidad en salud está basado en la administración por procesos, por lo que la evaluación se basa en conocer el desarrollo de éstos, que deben estar documentados en cada uno de sus ciclos hasta su estandarización, y que serán un insumo para el plan de mejora continua del establecimiento de salud. La innovación y la mejora continua de los procesos dependen directamente de la medición de hechos reales y se convierten en un hábito inherente a la cultura de calidad, lo que permite minimizar improvisaciones y planear con esquemas reales y deseables, basados en una metodología sistematizada, cuyos resultados ofrecen la toma de decisiones acertada.

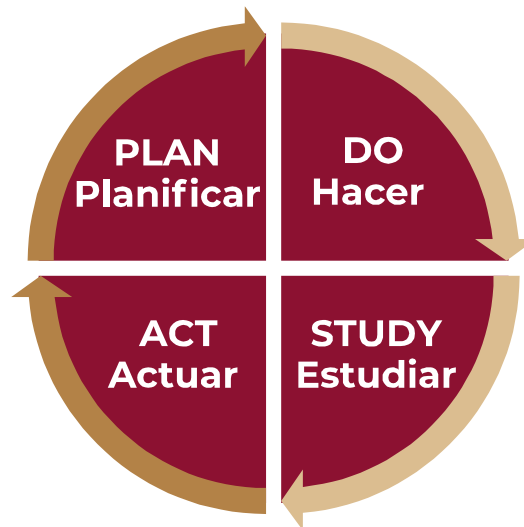
Para estandarizar la mejora continua se emplea usualmente el círculo PDSA (Diagrama 1) del inglés Plan-Do-Study-Act: planificar-hacer-estudiar-actuar, también conocido como círculo de Deming o espiral de mejora continua. Los resultados de la implementación de este ciclo permiten la mejora continua de la calidad de los bienes y servicios, reducen los desperdicios en el proceso y por tanto los costos de operación, y optimizan la productividad y la eficiencia de la organización. El modelo de William Edwards Deming permite mejorar el acceso de las personas a los servicios de salud centrando esfuerzos en sus necesidades y en lo que esperan recibir del servicio. Se enfoca en garantizar que toda la unidad se oriente a satisfacer esas necesidades y expectativas a través de la adopción de la cultura de calidad y seguridad, la participación en la evaluación de los procesos, su eficiencia y resultados para la satisfacción de las personas, y la ganancia en salud.



Desarrollo de alianzas

La organización busca y logra establecer colaboraciones con otras organizaciones cuyas relaciones sean mutuamente benéficas basadas en la confianza, en compartir y multiplicar el conocimiento.

Diagrama 1



Ciclo PDSA para la mejora de procesos

Diagrama adaptado del Modelo de William Edwards Deming, que representa los diferentes ciclos de mejora hasta lograr su estandarización y llevarlos a niveles maduros de innovación y referencia.

Sistema de Gestión de Calidad

Un sistema de gestión de la calidad es una estructura operativa de trabajo documentada. Integra los procesos técnicos y gerenciales para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, el equipamiento y la información de la organización de manera práctica y coordinada y asegura el cumplimiento de las metas y la satisfacción del usuario. Sus diferentes componentes pueden ser identificados como subsistemas, ya que desde la estructura de la organización se ubican en un orden jerárquico inferior y en conjunto definen y estructuran al sistema.

Asimismo, un sistema de gestión de la calidad puede definirse como una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo empleando la estructura organizacional, estrategias, procedimientos, recursos y documentos, con el propósito de lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al usuario y que permiten el logro de los resultados deseados por la organización. (Aldana, L. A y Cols., 2011)



MADUREZ DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

Lograr un sistema de gestión de calidad es una tarea que requiere inversión de esfuerzo y tiempo. La velocidad con que se logre su implementación depende del esfuerzo y compromiso de sus líderes y equipos de trabajo.

Todos los sistemas de gestión de calidad necesariamente deben de desarrollarse progresivamente, por lo que se puede categorizar a una organización de acuerdo al grado de desarrollo del sistema de gestión de la calidad, denominado grado de madurez (Diagrama 2). Los valores que se otorgan al grado de madurez en general marcan una ruta de avance en la consolidación del sistema de manera progresiva, de tal forma que en sus etapas tempranas se asignan valores menores, mientras que en las etapas avanzadas o de mayor madurez, los valores asignados son también mayores.

Avanzar en la madurez del sistema es una tarea compleja y demandante, por lo que se requiere invertir tiempo y esfuerzos significativos de la organización. Cuando se inician estos sistemas de gestión en una organización, el tiempo promedio para alcanzar resultados suele ser mayor de un año. Es importante tener en cuenta esta temporalidad con el fin de establecer objetivos realistas que permitan mantener la motivación de la organización. En organizaciones que tienen tiempo en operación, es frecuente que ya existan diversos grados de avance en los criterios, de tal forma que un ejercicio de alineación con el modelo puede lograr resultados de manera más temprana y consistente.

Es necesario identificar en qué etapa de maduración se encuentra la organización para planificar las diversas actividades requeridas para la consolidación del sistema. El nivel de madurez del sistema de gestión de calidad es un indicador que busca evaluar el grado de evolución alcanzado por la institución en el desempeño de su sistema de gestión de la calidad. (Pérez Mergarejo y Cols, 2014)



Diagrama 2

DIMENSIÓN	ENFOQUE		IMPLANTACIÓN		RESULTADOS			CALIFICACIÓN
					ACCIONES CORRECTIVAS	MEJORA CONTINUA	COMPARACIÓN REFERENCIAL	
NIVEL	INICIAL		DESARROLLO		CONSOLIDACIÓN	MADUREZ	CLASE MUNDIAL	
PUNTOS	0 A 200		201 A 500		501 A 700		701 A 900	901 A 1000
PORCENTAJE	25%		25%		10%	15%	25%	100 PUNTOS
CONOCIMIENTO Y APRENDIZAJE	DESCRIBE Y ENLISTA	IDENTIFICA Y EXPLICA	ESTABLECE INDICADORES	DESARROLLA Y CONTRASTA	INVESTIGA CAUSA EFECTO Y PROPONE	DEBATE, CREA CICLOS DE MEJORA	SE COMPARA, GENERA APRENDIZAJES Y LIDERAZGO	200 PUNTOS
APLICACIÓN Y ANÁLISIS								500 PUNTOS
DISEÑA Y EVALÚA								750 PUNTOS
RESULTADOS DE VALOR						CREA RESULTADOS DE VALOR	JUZGA LOS RESULTADOS DE VALOR	1000 puntos

Esquema de las diferentes fases de maduración de un sistema de gestión de calidad en salud.

Los valores máximos tanto del enfoque como de la implementación una vez concluidos, es del 25%.

Las acciones correctivas establecen el período denominado de consolidación del sistema, al que se le ha establecido un valor de 10%, mientras que la instalación de ciclos de mejora continua bien establecidos supone un avance de 15%.

Finalmente, cuando la organización es capaz de realizar la comparación referencial alcanza el 25% restante para alcanzar el 100%.

Escalas como esta se emplean en varias organizaciones para determinar el grado de madurez de los sistemas de gestión de calidad.

Para desarrollar y mejorar los sistemas de gestión de calidad es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos del entorno. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación y mejora.

1. Enfoque

En este apartado se consideran el diseño del sistema y de sus procesos, así como la definición de indicadores, tomando en consideración la filosofía que se aplica en su construcción, con el fin de lograr los propósitos mediante las estrategias necesarias en función de su misión y visión.

El enfoque abarca la alineación de los procesos y métodos con los valores de la administración por calidad, así como la incorporación de elementos preventivos que garanticen un desempeño libre de fallas y la definición de sus interacciones, lo que contribuye al óptimo desempeño organizacional del sistema.



En su etapa inicial, la organización es capaz de describir y enlistar los criterios y subcriterios del sistema de gestión de calidad en salud y su relación con el enfoque centrado en la persona, su familia, las comunidades y la población. En esta primera fase, la organización puede identificar y explicar los criterios y subcriterios y es capaz de establecer algunos indicadores. Los principios del sistema son poco conocidos por las personas que laboran en la organización y se realizan y registran mediciones pero no se analizan o solo se examinan de manera superficial. El enfoque se hace posiblemente solo en aquellos indicadores que se consideran obligatorios por una normativa o autoridad superior. La normatividad se aplica de manera inconsistente y se realizan correcciones de manera reactiva ante las emergencias.

2. Implantación

Este componente describe cómo y desde cuándo se llevan a cabo los procesos del sistema y el grado en que son aplicados de acuerdo con el enfoque. Incluye el alcance y la práctica sistemática de los procesos y los elementos que los conforman por los diferentes grupos y niveles en los que aplique. Para que la implementación se lleve a cabo debe existir una lista de subsistemas y procesos comprobables y documentados. De igual forma, deben enunciarse de manera explícita los propósitos de los procesos y contar con indicadores de medición de desempeño de los mismos.

3. Acciones correctivas y preventivas

Los procesos y subsistemas cuentan con acciones preventivas y correctivas. En esta etapa, se ha definido y documentado el fundamento de estas acciones, las áreas involucradas en las etapas del proceso o el componente del subsistema en el que se desarrollan los ciclos que se han generado para su adecuación y control, así como los resultados obtenidos de las acciones correctivas y preventivas.

4. Evaluación y mejora continua

En esta fase se analiza la información y los resultados obtenidos representados de manera cuantitativa y cualitativa mediante el empleo de informes y gráficos como tablas, histogramas y modelos con ejercicios comparativos con estándares o parámetros preestablecidos para facilitar su interpretación, incluyendo tendencias y niveles alcanzados, así como la eficacia y relación causal con las acciones de mejora. Para este momento, se ha determinado ya la efectividad de los procesos para su adecuación, control e innovación mediante los ciclos de mejora implantados. La evaluación y mejora continua registran en qué consistió la mejora implicada, la fecha de implantación concluida, y los resultados y el valor generados por cada ciclo de mejora declarado.

5. Comparación referencial

Los procesos o subsistemas son comparados con la mejor práctica. Para ello, se habrá identificado previamente una organización con la que se haya realizado la comparación referencial y se habrá registrado el momento en que se elaboró la comparación referencial y en



qué consistió el aprendizaje organizacional a partir de esta actividad. Finalmente, habrá que precisar las acciones seguidas en la organización a partir de la comparación y los resultados de valor a partir de esta mejora.

6. Resultados de valor

Identifican y registran las mejoras alcanzadas de manera comparativa en un antes y un después sobre los resultados para las personas, los prestadores del servicio, la organización, la sociedad, la salud de la población, el control de riesgos, los estados financieros y el entorno, mediante la utilización de gráficos y tendencias con niveles de desempeño de los dos últimos años como mínimo.

Los resultados de valor se focalizan en la salud en la población, el acceso efectivo, las organizaciones confiables y seguras, la experiencia satisfactoria y los costos razonables. Asimismo, incluyen las metas establecidas en los gráficos con el fin de compararlas con respecto al desempeño alcanzado, así como los datos de desempeño de las mejores prácticas para comparación referencial. Los resultados incluyen algún símbolo que indique el sentido de la mejora, así como la descripción de la relación causal del desempeño con las mejoras o innovaciones de los procesos o subsistemas.

El modelo de gestión de calidad en salud propuesto por la Secretaría de Salud (Diagrama 3), ha sido diseñado para apoyar en el proceso de la implantación del sistema de gestión de calidad en salud.

Diagrama 3

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

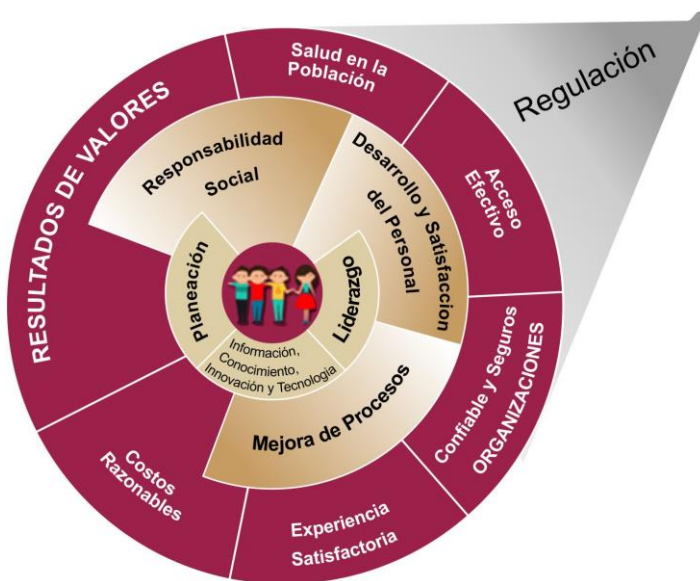


Diagrama que esquematiza los diferentes criterios del modelo de gestión de calidad en salud

Se destaca en el centro a la persona como la razón de ser del sistema de gestión de calidad en salud, así como en la periferia a los resultados de valor: salud en la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria y costos razonables



El modelo de gestión de calidad en salud, se compone de ocho criterios y treinta y seis subcriterios que se integran de la siguiente forma:

Componentes del modelo de gestión de calidad en salud

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
CRITERIOS		SUBCRITERIOS
1	Atención centrada en Personas, comunidad, población	1.1 Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud
		1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población
		1.3 Experiencia de la persona en la organización
		1.4 Oferta de servicios
2	Liderazgo	2.1 Liderazgo aplicado al ejemplo y a la práctica
		2.2 Cultura de calidad
		2.3 Metas y objetivos claros
		2.4 Competencias del equipo directivo
		2.5 Identificación de líderes para los equipos de alto desempeño
3	Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.1 Alineación de la información estratégica
		3.2 Análisis e interpretación de la información
		3.3 Protección de la información
		3.4 Información en salud de referencia
		3.5 Metas y objetivos sectoriales
		3.6 Ganancia en salud
4	Planeación	4.1 Planeación estratégica
		4.2 Cumplimiento de la regulación
		4.3 Planeación operativa
		4.4 Plan anual de calidad y seguridad del paciente
5	Responsabilidad social	5.1 Responsabilidad pública
		5.2 Promoción de la cultura de calidad
		5.2.1 Al interior de la unidad
		5.2.2 Al exterior de la unidad
		5.3 Hospital seguro



MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD		
CRITERIOS		SUBCRITERIOS
6	Desarrollo y satisfacción del personal	6.1 Evaluación del desempeño
		6.2 Identificación y desarrollo del talento
		6.3 Satisfacción del personal
		6.4 Programa de incentivos
		6.5 Experiencia del personal en la institución
7	Mejora de procesos	7.1 Administración de procesos estratégicos
		7.2 Administración de procesos de apoyo integral
		7.3 Administración de procesos de suministro
		7.4 Gestión del riesgo en la atención
8	Resultados de valor	8.1 Salud en la población
		8.2 Acceso efectivo
		8.3 Organizaciones confiables y seguras
		8.4 Experiencia satisfactoria
		8.5 Costos razonables



DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS Y SUBCRITERIOS

1. Atención centrada en Personas, comunidad y población

Subcriterios

- 1.1 Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud
- 1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población
- 1.3 Experiencia de la persona en la organización
- 1.4 Oferta de servicios

Las personas representan la razón de ser del esfuerzo institucional. Con esta óptica es que se armonizan recursos, procesos, métodos, técnicas e instrumentos dispuestos en particular para proporcionar servicios de salud con calidad y seguridad. Esto se traduce en una atención centrada en la persona, cuyas características se focalizan en las necesidades y preferencias de los pacientes y en la educación como herramienta de empoderamiento para que las personas puedan tomar decisiones y participen activamente en su atención. (Corrijan, 2005).

Existen diversos factores que contribuyen a que las organizaciones prestadoras de servicios de salud alcancen la atención centrada en la persona. Entre éstos se encuentran: liderazgo; visión estratégica; participación de las personas y las comunidades; condiciones de trabajo adecuadas para los prestadores; sistemas de medición sistemática y retroalimentación; ambiente de calidad para usuarios y prestadores; y tecnología que facilite la comunicación y el acceso a la información. (Shaller, 2007) Estos factores coinciden con las dimensiones explícitas del modelo de gestión de calidad en salud y reafirman su naturaleza integral y las conexiones entre los criterios que contiene.

En las organizaciones de salud tiene que existir un genuino compromiso para diseñar el sistema y los subsistemas que contribuyan al conocimiento de las verdaderas necesidades de atención de las personas, las comunidades y la población, dado que es así que las capacidades dispuestas en las organizaciones de salud contribuyen a mejorar las condiciones de salud en la población.

Los ajustes al diseño del servicio de atención a la salud que hacen consonancia con las necesidades de la población y la activación de la comunidad requieren un progreso acorde a la intensidad de los servicios requeridos, en los que tiene que estar incluida la medición de los resultados obtenidos en la entrega de servicios a la población, así como la retroalimentación de la forma en que son percibidos los servicios proporcionados, y finalmente documentar la satisfacción de necesidades por la prestación del servicio otorgado.

El establecimiento de subsistemas para guiar la relación entre el personal de cada establecimiento con la población determina un largo camino que genera información que



puede utilizarse para retroalimentar los sistemas y procesos con propósito de control y mejoramiento continuo.

El resultado de una visión sistémica enfocada en las personas se caracteriza por identificar sus componentes y la manera en que operan los subsistemas y microsistemas a su alrededor, incluyendo la intervención de los recursos humanos, la tecnología clínica y de la información, el espacio físico, y las políticas y procedimientos. Todo ello da soporte a los cuidados que serán proporcionados y que serán acordes al tipo de persona y sus necesidades, creando alternativas para lograr ajustes apropiados para la población atendida.

Conforme se especializa el diseño de subsistemas para atender a la persona, es factible anticiparse en la determinación del flujo de pacientes, ingreso, alta, transferencia, decisiones clínicas principales, estudios diagnósticos, selección de tratamiento y otros, tomando como base criterios específicos. Para ello, se debe focalizar la planificación en la óptima utilización de los recursos, racionalizando costos, estudios, procedimientos, días cama, en lugar de centrarse solo en la solución de problemas y considerando en todo momento las necesidades de la persona.

Las organizaciones que en muchas de las ocasiones comparten el compromiso de diseñar sistemas y subsistemas de mayor madurez utilizan primariamente auto-mediciones para control del proceso interno y gestionar la mejora del desempeño al 1) registrar las mediciones de manera detallada, 2) especificar las oportunidades de mejora requeridas para afrontar los reportes externos, 3) informar a los empleados sobre la forma de integrarse a las acciones de mejora emanadas de los resultados de la medición con otras prioridades, 4) privilegiar la investigación de las desviaciones positivas y negativas de la propia atención y resultados, 5) buscar a través de estas acciones nuevas formas y mejores resultados para los pacientes, su familia y la comunidad.

1.1. Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud

- Enfatiza los métodos y herramientas que son empleados para conocer el área de influencia y cobertura, la forma en la que son identificadas las necesidades actuales y potenciales de las personas, la forma en que son definidas las características de los servicios en función de los beneficios y resultados que las personas desean obtener, así como de los medios empleados para conocer y anticiparse a las necesidades y expectativas de los distintos grupos de personas, comunidades y población en general, a mediano y largo plazo. La organización define sus condiciones de operación, fortalezas y debilidades y las relaciona con el diagnóstico de salud de la población. La conciliación entre la oferta y la demanda de los servicios fundamenta las acciones de planeación.
- Es un proceso de evaluación para medir, comparar y precisar el estado de las diferentes variables que influyen en la salud-enfermedad de la población, lo que permite desarrollar la formulación de políticas y acciones para mejorar o preservar la salud. El diagnóstico de



salud se identifica como el primer paso en el proceso de planificación de una organización que participa en la prestación de servicios de salud.

- Estudia objetivamente el nivel de salud de la población usuaria que incluye el análisis de los problemas y las necesidades de la población, así como los factores que influyen positiva y negativamente sobre dicho nivel de salud. Para elaborarlo se emplea la información relacionada con los componentes sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos, se analiza la correlación de estos elementos con indicadores de atención a la salud, de la organización de los servicios de salud, de los recursos humanos para la salud disponibles, de los recursos económicos asignados, del grado de accesibilidad para la utilización de los servicios, así como de alcances y delimitaciones de su oferta asistencial y de las actividades profesionales que la componen, como pueden ser la productividad de los diferentes servicios, los tiempos de espera y otros, expresados como indicadores de estructura, proceso y resultado.
- Considera las mediciones relativas al estado de salud de la población al emplear indicadores del estado de salud-enfermedad y precisar el estado de sano o enfermo, las causas de enfermedad aguda y crónica, su distribución por sexo y grupos etarios, así como identificar personas en riesgo en relación a las enfermedades a través de: incidencia, prevalencia, morbilidad, comorbilidad, grados, causas y duración de la incapacidad y mortalidad.
- Reconoce objetivamente la situación actual que guarda el establecimiento de salud con respecto a los resultados de los indicadores disponibles, los aspectos de mejora propuestos en planes previos, las mediciones efectuadas a través del subsistema de indicadores de salud por avales ciudadanos, los buzones de quejas y sugerencias, la información recuperada en las reuniones del comité de calidad y seguridad del paciente, y el análisis de problemas de salud, de morbilidad o mortalidad efectuados en otros comités que dependen de comité de calidad y seguridad del paciente. Todo esto se suma a la identificación de necesidades de las personas. A partir de ello, será posible establecer acciones encaminadas a mejorar la situación actual.
- Evalúa los resultados de los procesos y procedimientos de atención médica, como es el caso de las políticas de ingreso y egreso de pacientes, o de la prevención específica y el diagnóstico o tratamiento quirúrgico o no quirúrgico de las enfermedades, lesiones u otros problemas relacionados con la salud, así como de los planes de emergencia establecidos, de la identificación de problemas o necesidades sobresalientes, y de las causas que los originan y su concordancia para cumplir con las necesidades y expectativas de las personas.

1.2. Comunicación con las personas, comunidad y población

- Está vinculado a los mecanismos que ha diseñado la organización de salud para responder a las personas cuando éstas buscan orientación, información, asesoría o



ayuda, así como los mecanismos generados para la atención a sugerencias, felicitaciones y quejas que derivan de la atención.

- Describe la forma en que da a conocer a los usuarios y prestadores de servicio sus derechos y obligaciones, así como los mecanismos establecidos para fomentar la comunicación entre los prestadores del servicio y las personas. Ejemplo de esto son los programas de aval ciudadano y el sistema unificado de gestión para la atención y orientación al usuario de los servicios de salud.
- Identifica a los líderes de opinión y figuras representativas de la comunidad y población para establecer vías de comunicación a través de las cuales manifiesten sus inquietudes y que faciliten el logro de objetivos comunes.

1.3. Experiencia de la persona en la organización

- Estructura indicadores y análisis que permiten diagnosticar la percepción global de la atención por parte de las personas, relaciona los procesos con los resultados obtenidos y determina las estrategias para su mejora cuando éstos no son los esperados.
- Precisa los procedimientos e instrucciones que se han determinado para evaluar la opinión de las personas del con respecto a su satisfacción con los servicios obtenidos y los resultados alcanzados como parte de la atención recibida.
- Responde a las formas en que son captadas las opiniones: cómo se cuantifica, procesa y atiende la opinión de las personas, y en qué forma se aplican las tecnologías e instrumentos para asegurar que la información obtenida sea oportuna y confiable.
- Determina la creación de indicadores a partir de la información recabada de las personas a las que presta servicios con la finalidad de evaluar la percepción global que se tiene de la organización y genera, a partir del análisis de resultados, estrategias de mejora.
- Establece los medios por los cuales se apoya el establecimiento de salud para difundir los resultados obtenidos.

1.4. Oferta de Servicios

Determina la demanda total y potencial, así como la oferta de servicios de salud, de acuerdo a las condiciones epidemiológicas y las necesidades de salud de la población.

Realiza un ejercicio de conciliación y determina las necesidades de desarrollo de convenios y otras alternativas para garantizar la continuidad de la atención.

Informa a la población sobre su oferta.

Atiende los mecanismos establecidos para dar respuesta a la demanda de la población en términos de prevención, promoción y protección a la salud, conforme a los medios establecidos para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud.



Opera mecanismos de coordinación institucional e interinstitucional para resolver la problemática de atención bajo el amparo de redes integradas de servicios de salud.

Estructura mecanismos funcionales de referencia y contra-referencia.

Define indicadores de continuidad de la atención y realiza acciones de control y mejora frente a desviaciones del subsistema.

2. Liderazgo

Subcriterios

2.1 Liderazgo aplicado al ejemplo y a la práctica

2.2 Cultura de calidad

2.3 Metas y objetivos claros

2.4 Competencias del equipo directivo

2.5 Identificación de líderes para los equipos de alto desempeño

El liderazgo en calidad se enfatiza como el punto de unión y sustentación de toda la estructura organizacional. En términos más simples, para que la calidad funcione debe sustentarse en una base altamente resistente y sólida que logre integrar y mantener a todos los colaboradores de la organización comprometidos y asociados a un mismo fin.

En este sentido, el liderazgo se define como el proceso en el que una persona compromete a otros miembros de una organización para que cumplan una meta en común. Se encuentra directamente relacionado con el establecimiento de metas generales, y se vale de la gestión y administración para ejecutar acciones que permitan alcanzar estas metas a través del uso efectivo de recursos humanos, financieros y técnicos. (Burns, et al. 2012)

La administración enfocada en calidad es una herramienta directiva dentro de la cual se desarrollan prácticas de liderazgo, dirigiendo los esfuerzos de la organización al conocimiento y satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas, poblaciones y comunidades, mediante el diseño, medición, análisis y mejora de los procesos, con participación de todo el personal en redes de equipos de trabajo.

El logro de estos esfuerzos son determinados por el desarrollo de competencias profesionales y laborales enfocadas a resultados y a la mejora continua e innovación, a partir de la reflexión estratégica, el desarrollo de la cultura organizacional y la creación de valor y con la participación de los grupos de interés (personas, trabajadores, proveedores y sociedad), mediante el liderazgo a través del ejemplo.

La transformación organizacional se ejerce a través del liderazgo con acciones específicas, como la influencia de los ideales organizacionales, la motivación, la estimulación intelectual y la consideración individual. Esta transformación se traduce en una influencia directa del liderazgo



sobre los resultados relacionados con el usuario, el prestador y la gestión del sistema. (Schofield y Amodeo, 1999)

Cada organización define los sistemas o procesos que necesita para ser competitiva, así como la forma en que éstos interactúan para lograr los resultados deseados. Para ello, es común que se inicie con la identificación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés como base para definir los sistemas de liderazgo.

Del liderazgo se deriva el rumbo estratégico y se establece la cultura deseada. La cultura influye en el enfoque social de la organización, en la calidad de vida de sus colaboradores y en los sistemas de trabajo. A partir de éstos últimos se desarrollan las competencias del personal y se genera el conocimiento organizacional necesario para la administración de los procesos. De manera paralela, el rumbo estratégico se extiende a la operación y se incorpora el conocimiento de las necesidades de la población usuaria para el diseño de los productos, servicios y procesos.

Los sistemas de administración por calidad parten del principio de enfoque al usuario. A través de éste, se establecen los sistemas de liderazgo que promueven la cultura de participación, involucramiento, trabajo en equipo, planeación y mejoramiento continuo. Posteriormente surgen los planes operativos, las guías para los procesos y los sistemas de trabajo e interacción de personal que crearán el valor y los resultados que la organización espera para mantenerse competitiva y en crecimiento.

2.1. Liderazgo aplicado al ejemplo y la práctica

- Define el subsistema que contribuye a hacer un acercamiento a la forma en la que el líder directivo difunde y permea a la práctica la misión, visión y valores de la organización, así como los mecanismos empleados para integrar la calidad en las acciones del establecimiento de salud. Se refiere a la forma en la que el líder se relaciona con los prestadores del servicio -las personas, las poblaciones y las comunidades- para contribuir al desarrollo, alcance de objetivos y metas, y al otorgamiento del valor esperado.
- Determina los mecanismos empleados por el líder formal de la organización para guiar, evaluar, y dar seguimiento al desempeño global de la organización, así como al modo en el que ésta establece medidas correctivas frente a las desviaciones y la forma en la que identifica y activa las acciones que surgen a partir del diagnóstico de oportunidades para la mejora y la innovación.
- Emplea el apoyo del liderazgo transformacional para apuntalar la implementación de un programa de desarrollo y de adopción de competencias, en el cual se incluyan a
- todos los miembros de la dirección y equipo de desarrollo, las condiciones que benefician la comunicación de la cultura y el reflejo de cambios en el clima organizacional, y que fortalezcan la adopción de la filosofía de calidad.
- Sistematiza los mecanismos para crear un cambio en las características diferenciadoras de la organización con el fin de generar un ambiente de desarrollo de responsabilidad, participación y aprendizaje continuo en el personal. Así, el proceso de cambio anunciado



en el ajuste a la cultura organizacional coadyuvará a orientarse hacia la calidad, que incorporará un nuevo ambiente en el trabajo traduciendo así los principios y valores predominantes por los que el prestador del servicio será reconocido sistemáticamente.

- El personal de la organización identifica a su líder como tal y declara que predica con el ejemplo, ya que en sus tareas diarias exige lo mismo que practica, por ejemplo, puntualidad, justicia, confianza y responsabilidad, compromiso, transparencia, honestidad, observancia de la norma y cumplimiento de los compromisos. El líder colabora con el equipo, no solo lo instruye. Es un buen comunicador, afronta los retos, asume sus consecuencias y soluciona los problemas que éstos acarrearán, es respetuoso, tolerante, empático y comprensivo. Se adapta a los cambios y se mantiene firme en sus convicciones sobre las metas a alcanzar y demuestra seguridad en lo que pide y hace. Es entusiasta y eficiente.
- En los momentos de crisis se domina a sí mismo, maneja las situaciones con naturalidad y es un ejemplo para enfrentarlas y resolverlas.

2.2. Cultura de calidad

- Concilia la existencia de un subsistema que determina la forma en que el liderazgo influye en la generación de un ambiente que permita el desarrollo de la responsabilidad, la participación y el continuo aprendizaje del capital humano de la organización.
- Detalla los medios empleados para difundir, capacitar y promover la incorporación de los principios y valores en la operación diaria, incluyendo conductas observables en el establecimiento.
- Precisa la forma en la que se otorga el reconocimiento (incentivos) a los prestadores del servicio en la aplicación de los valores organizacionales, así como de los medios de los cuales se vale para evaluar la cultura y el cambio organizacional, todos ellos con un enfoque hacia la calidad de la atención en salud.

2.3. Metas y objetivos claros

- Fomenta consistencia entre las acciones del líder de la organización y los líderes de los equipos de trabajo para la consecución de las metas y objetivos de la organización.
- Contribuye a la percepción de un gradiente similar sobre los temas prioritarios y los secundarios en las diferentes áreas de la organización.
- Genera congruencia entre la consciencia colectiva sobre las metas y objetivos y la planeación. En este sentido, los comités juegan un papel primordial para determinar y lograr el cumplimiento de metas definidas.



2.4. Competencias del equipo directivo

- Demuestra capacidad de establecer la unidad de mando en la organización. El perfil y las acciones del grupo directivo también manifiestan la capacidad de recibir todas y cada una de las opiniones de su equipo de trabajo e incorporarlas, canalizarlas o desecharlas, lo que implica que el equipo directivo es el medio por el que se conduce la integración del grupo para actuar en conjunto, evitando la confusión y las ambigüedades. El equipo directivo se convierte en el gestor y negociador en la fase de implementación, y en difusor y portavoz en las fases de evaluación y control. Por ello, es necesario que se encuentren definidos los mecanismos específicos para identificar y precisar el tipo de perfil que debe asumir el líder y de los medios a emplear para evaluar su desempeño correlacionándolo a su posición en la organización.
- Considera el diseño y desarrollo de programas de formación para directivos que contribuyan al planteamiento de estrategias y empleo de herramientas elementales de planeación estratégica y metodología para la calidad.
- Precisa los mecanismos que contribuyen a la identificación de personajes claves dentro de la organización para asumir y apoyar el logro y seguimiento de objetivos en calidad y seguridad.

2.5. Identificación de líderes para los equipos de Alto desempeño

- Establece criterios para identificar líderes dentro de la organización para guiar a los equipos de alto desempeño.
- Enlista las competencias y habilidades necesarias que deben reunir los colaboradores para cumplir con objetivos o metas específicas, así como las condiciones requeridas para influir en la organización del trabajo (división del trabajo y desconcentración de funciones y responsabilidades), teniendo en cuenta que el líder depende de las relaciones funcionales y emocionales que tiene con individuos en contextos específicos.
- Define de manera explícita la vinculación y sistematización de las áreas de reclutamiento, selección, e inducción de personal, para identificar habilidades específicas y evaluar conocimientos técnicos y experiencia que se exigen para un determinado puesto y para permitir encontrar personas con capacidad creativa y de liderazgo con características tales como la polivalencia para desempeñar más de una función, la habilidad para trabajar en equipo, para comunicarse e interrelacionarse; así como la capacidad para mejorar y reconocer errores. La misión del líder de equipo no se limita a una tarea específica, también se refiere a la participación para el logro de objetivos generales como la reingeniería o el desarrollo de nuevos servicios.
- Vincula los beneficios de inversión en el capital humano como garantía para el trabajo en equipo. Las ventajas se ven reflejadas en el estímulo por la búsqueda de mejores ideas y aumento en el compromiso por la organización para generar identificación de las personas con los principios, valores e intereses de la organización. Este propósito resulta



inminentemente necesario en la constitución de una cultura de calidad y genera colaboración, confianza y solidaridad entre compañeros, todos elementos necesarios para el logro de objetivos y metas de los equipos de trabajo.

- Enfatiza el desarrollo de habilidades multifuncionales como determinante para delegar autoridad en situaciones específicas para el logro de tareas asignadas, lo que permite eliminar controles innecesarios, facilitar la comunicación y posibilita el mejoramiento de la calidad.

3. Información, Conocimiento, Innovación y Tecnología

Subcriterios

- 3.1 Alineación de la información estratégica
- 3.2 Análisis e interpretación de la información
- 3.3 Protección de la información
- 3.4 Información en salud de referencia
- 3.5 Metas y objetivos sectoriales
- 3.6 Ganancia en salud

Este criterio define el subsistema a través del cual se obtiene, estructura, resguarda, actualiza, analiza, interpreta y comunica la información para evaluar la eficacia y la eficiencia del desarrollo del establecimiento de salud. El conocimiento que se genera es el insumo necesario para la toma adecuada y sustentada de decisiones; así como para consolidar el capital intelectual de la organización.

La información está basada en hechos y datos y existen mecanismos para asegurar la confiabilidad, oportunidad y consistencia de ésta dado que se han establecido políticas para proporcionar el acceso a la información tanto de manera interna como externa y con apego a la normatividad.

La información se genera a través de la evaluación del sistema en tres niveles principales: El primer nivel de evaluación considera la calidad desde un enfoque integral, donde se incluyen la medición y el logro de las políticas, los planes o los proyectos institucionales. En el segundo nivel se evalúan las dimensiones de estructura, proceso y resultado, que permiten identificar fortalezas y debilidades en la prestación de la atención médica con que cuenta la población. En el tercer nivel se mide la calidad de un servicio de salud para un problema específico, es decir, ante la posible falla, error u omisión en la prestación del servicio médico hacia un usuario en particular. (Hernández y Alcántara, 2015)

Este proceso de evaluación sirve como fundamento para alimentar indicadores cuyo principal propósito es medir la efectividad, seguridad y el enfoque centrado en el usuario de los servicios. (Klazinga, 2014)



Existen mecanismos para difundir y hacer del conocimiento del personal la información relevante para la consecución de los objetivos de la organización. Se han generado indicadores de efectividad y eficiencia para evaluar los componentes del subsistema, y se reconoce la información relacionada con los recursos humanos, la infraestructura y equipamiento, las tecnologías de información y comunicación para la interacción de tecnologías y procedimientos en salud.

3.1. Alineación de la información estratégica

- Describe de forma coherente la forma en que se alinea la planeación estratégica de la organización con el subsistema de información. El análisis de la planeación se convierte en un insumo para las adecuaciones derivadas del alcance en los objetivos y metas, permite enfocar la ejecución de las acciones de mejora e innovación de los servicios sustantivos y fundamenta la toma de decisiones.

3.2. Análisis e interpretación de la información

- Detalla la periodicidad, los procedimientos, metodologías, principios teóricos y técnicas para el análisis.
- Proporciona garantía de confiabilidad e interpretación de la información.
- Utiliza preferentemente tableros de control para mayor eficiencia del subsistema en la toma de decisiones.

3.3. Protección de la información

- Describe las acciones que permiten resguardar, clasificar, compartir, respaldar y comunicar la información, con énfasis en la protección de datos personales y el apego a la normatividad. Incluye al sistema de archivos.

3.4. Información en salud de referencia

- Estructura y actualiza indicadores y otros elementos de referencia sobre las mejoras prácticas de los procesos sustantivos y de apoyo para fines de comparación de la organización.
- Recopila, analiza y entrega la información a los subsistemas de conocimiento de la persona y población y al de planeación, relacionados con las características de la población y sus necesidades para la toma de decisiones.



3.5. Metas y objetivos sectoriales

- Identifica, resguarda y comunica las metas y objetivos sectoriales en salud y su alineación con los procesos sustantivos y adjetivos de la organización.
- Correlaciona los indicadores de la organización con los de las metas y objetivos sectoriales, identificando la aportación potencial de la organización a los mismos.

3.6. Ganancia en salud

- Se auto-contempla como una parte del sistema nacional de salud. Bajo esta visión macro-sistémica promueve la comprensión, compromiso y responsabilidad de la aportación que genera la organización para incrementar y mantener la salud de la población nacional.
- Define y comunica los casos de éxito de la organización como aportaciones concretas de ganancia en salud, identificando la relación de estos casos con los años de vida saludable perdidos, años de vida con discapacidad y años perdidos por muerte prematura, los cuales son comunicados a los miembros de la organización como resultados de valor.

4. Planeación

Subcriterios

4.1 Planeación Estratégica

4.2 Cumplimiento de la regulación

4.3 Planeación operativa

4.4 Plan anual de calidad y seguridad del paciente

El enfoque sistémico contemporáneo aplicado al estudio de las organizaciones plantea una visión inter, multi y trans-disciplinaria que apoya el análisis en la organización de manera integral, permitiendo identificar y comprender con mayor claridad y profundidad los problemas organizacionales, sus múltiples causas y sus consecuencias.

El criterio define las acciones a través de las cuales el establecimiento de salud orienta el trabajo para definir sus objetivos y estrategias y la forma en la que se despliegan en toda la unidad para el incremento de la calidad de sus servicios.

En la planeación se encuentra la posibilidad de determinar la propuesta para generar valor y definir segmentos, recursos necesarios, capacidades, competencias y mecanismos para generar resultados que coadyuven al modelo organizacional por parte de los diversos servicios en la atención médica y en la estructura administrativa.



El proceso de planeación fomenta una filosofía organizacional y permite a la alta dirección contar con una herramienta administrativa cuyo conocimiento y aplicación por parte de los colaboradores es prioritaria. (Hernández y Alcántara, 2015)

Es importante señalar nuevamente que los elementos del sistema interactúan en conjunto con varios subsistemas, procesos y actividades, que ponen en relieve a diversos factores y entidades internas y externas a la organización. Ante esta apreciación es conveniente señalar la necesidad de apoyarse en mecanismos, metodología, herramientas e instrumentos que permitan alcanzar las bases esenciales para apostar en mejores resultados de salud a través de retos, propuestas de valor, y posicionamiento estratégico.

4.1. Planeación estratégica

- Determina de manera sistemática, jerárquica, ordenada y documental las acciones específicas de gestión (selección de acciones y recursos) dirigida a objetivos generales y específicos y metas por alcanzar en un período, acordes con la razón de ser, misión, visión y valores de la organización.
- En combinación con las políticas públicas y los marcos normativos y legales, aporta a las instituciones de salud un marco de referencia a partir del cual es posible medir el cumplimiento de sus obligaciones al momento de brindar la atención médica que requieren los usuarios. Con esta herramienta se puede identificar el grado de congruencia entre la asignación programática del gasto y el quehacer organizacional, y a partir de ello definir nuevas estrategias y prioridades para tutelar el derecho a la salud. (Hernández y Alcántara; 2015)
- Asocia a los planes de trabajo los indicadores necesarios para el seguimiento, identificación de desviaciones y mecanismos correctivos posibles.
- Enfatiza el proceso o secuencia de procesos que permiten la alineación de la organización, considerando los mecanismos impulsores de valor (procesos, personal, información, conocimiento y responsabilidad social).
- Precisa las metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- Describe la forma en que los procesos reconocidos en cadenas (procesos estratégicos, claves y de apoyo), lograrán su impacto dentro de la estrategia, acorde con las necesidades de las personas, la población y en consonancia con los grupos de interés.
- Retoma la alineación hacia el desarrollo de características diferenciadoras, identificando las ventajas competitivas con las que cuenta el establecimiento de salud.
- Revisa de manera articulada el diseño de productos, servicios, procesos y sistemas, involucrando al equipo de trabajo en la innovación mediante la participación activa en la calidad de atención médica proporcionada. Igualmente examina los requisitos y requerimientos de alianzas estratégicas con proveedores y subcontratistas que respondan al alineamiento estratégico y operativo.



- Considera al personal como elemento clave. La dirección verifica el alineamiento de los programas de formación (programas de capacitación y adiestramiento) de las diversas áreas con los objetivos, competencias y metas estratégicas que conllevan a la calidad técnica del equipo de salud.
- Estima la información y el conocimiento como primordiales en la atención médica. Por ello, define necesidades, requerimientos y prioridades conforme a los objetivos y estrategias establecidos que respondan al diseño, alineamiento y operación del sistema de información. Otra prioridad en el diseño de la estrategia es generar conocimientos como parte del capital intelectual.

La responsabilidad social involucra a los diferentes niveles de mando, alineándolos al rumbo estratégico de la organización. A manera de resumen, se enlistan los elementos a considerar para la planificación estratégica: 1. Misión; 2. Visión; 3. Objetivos estratégicos; 4. Estrategias clave; 5. Programa y proyectos; 6. Indicadores; 7. Metas. (Hernández y Alcántara; 2015)

4.2. Cumplimiento de la regulación

La organización identifica y cumple los siguientes requisitos:

- Licenciamiento.
- Conoce los estándares mínimos para proteger la seguridad y la salud pública de los usuarios de los servicios que brinda.
- Aprueba los exámenes o pruebas de capacidad requeridos.
- Cumple con las revisiones periódicas y con las demostraciones de educación continua y de competencias profesionales.
- Cumple con estándares de calidad y seguridad en las instalaciones.
- Mantiene vigentes las licencias, acreditaciones y certificaciones requeridas por norma y se enfoca a aquellas acciones de certificación o recertificación que sin ser obligatorias, fortalecen los resultados de valor de la organización y permiten identificarla como una organización comprometida con la calidad.
- Da cumplimiento en tiempo y forma a las obligaciones legales que le apliquen, considerando leyes, tratados, decretos, resoluciones, disposiciones, reglamentos, acuerdos y demás instrumentos normativos.

4.3. Planeación operativa

- Confirma la alineación en el diseño organizacional como se definió en la planeación estratégica.
- Compara los cambios en la estructura organizacional, los mecanismos establecidos para la ejecución del plan estratégico y las adecuaciones necesarias a realizarse. Los



programas e indicadores respectivos para el cumplimiento de objetivos y metas alineados por servicios, departamentos, jefaturas, divisiones, coordinaciones, subdirecciones o direcciones de área están asociados a la documentación y evaluación de la planeación operativa.

- Hace copartícipes a todas las áreas en el desarrollo de la planeación para el logro de objetivos y metas operativas, tomando como base el presupuesto y asignación de los recursos para su cumplimiento.
- Deben generarse mecanismos para la documentación y difusión de los aprendizajes y acontecimientos organizacionales que se suscitan durante la ejecución, compartiendo experiencias y verificando así los logros esperados.

4.4. Plan anual de calidad y seguridad del paciente

- Elabora, registra y comunica el programa anual de mejora continua de la calidad del establecimiento o de la organización en su ámbito de competencia. Éste debe estar fundamentado en un ejercicio correcto de planeación estratégica a partir de un conocimiento profundo del usuario y de sus necesidades. Para asegurar esto, se emplearán fuentes de información confiables que permitan sustentar una gestión correcta de la administración y mejora de procesos para contribuir a la mejora de la satisfacción de los usuarios y sus familias. Asimismo, se prestará atención al cuidado que se debe tener del capital humano para generar y mantener un adecuado nivel de satisfacción del personal y del clima organizacional.
- Planifica y asigna tareas y responsables, actualizando sus contenidos y metas de acuerdo al grado de avance del mismo. El programa anual de mejora continua de la calidad constituirá el programa de trabajo del comité de calidad y seguridad del paciente en los establecimientos para la atención médica, cuando por su complejidad así corresponda.
-

5. Responsabilidad Social

Subcriterios

5.1 Responsabilidad pública

5.2 Promoción de la cultura de calidad

5.3 Hospital seguro

El criterio de responsabilidad social define el subsistema que la unidad utiliza para cumplir con su responsabilidad pública y contribuir al desarrollo sostenible y sustentable de su entorno y la promoción de la cultura de calidad en la comunidad.



La responsabilidad social implica la congruencia institucional con los diversos grupos de interés: el personal, los usuarios que demandan los servicios, la comunidad en la que se ubica y la sociedad en general.

La responsabilidad social está definida por la protección del medio ambiente y sus recursos naturales –renovables y no renovables- y la observancia rigurosa de la normatividad establecida sobre estos aspectos.

5.1. Responsabilidad pública

- Define la forma en que el establecimiento cumple con los requisitos legales en cuanto a seguridad, protección de los ecosistemas, manejo de desechos, acciones y programas para el desarrollo sustentable; así como la proyección que el establecimiento desempeña en la comunidad sobre el fomento a una cultura de calidad.
- Precisa los mecanismos que utiliza para cumplir con la normatividad en las áreas de seguridad, manejo de desechos y confinamiento de residuos peligrosos, biológicos, químicos e hidrocarburos.
- Enlista las acciones encaminadas a proteger y promover la recuperación de los ecosistemas y la biodiversidad nativa en el ámbito de su influencia, campañas de reforestación, reciclaje y limpieza en la comunidad.
- Define los subsistemas involucrados en desarrollo sustentable, ahorro de energía y agua.
- Describe y registra las acciones para anticipar los riesgos potenciales y desastres naturales dentro y fuera del establecimiento, y en su caso la participación en hospital seguro, así como las actividades preventivas de protección civil.
- Registra, analiza e interpreta los indicadores de efectividad y eficiencia diseñados para evaluar cada componente de los subsistemas de este criterio.

Como parte del diagnóstico situacional del establecimiento de salud; la dirección diseña estrategias de responsabilidad social, evaluando su impacto con base en la adopción de planes de gestión ambiental, donde incluirá el manejo de energéticos, agua e instalación, manejo y tratamiento de aguas residuales, así como la implementación de mecanismos a nivel interno y externo que disminuyan el impacto ambiental, incluyendo la adopción de lineamientos y políticas de seguridad hospitalaria que están considerados en los estándares de certificación y la aplicación de buenas prácticas.

5.2. Promoción de la cultura de calidad.

5.2.1. Al interior de la unidad

- Determina las acciones y mecanismos para promover la cultura de la calidad en la organización documentados en el programa anual de calidad, estableciendo objetivos, metas, indicadores y fechas de cumplimiento, actividades de evaluación y resultados, con



acciones globales para conocimiento general, y focalizadas de acuerdo a los niveles de responsabilidad para acciones específicas.

5.3. Al exterior de la unidad

- Detalla la forma en que el establecimiento contribuye al bienestar de la comunidad, promoviendo la implantación operativa de los valores de calidad, teniendo como base las prioridades sociales en las que puede contribuir a la organización para beneficio de la comunidad.
- Interactúa con otras instancias locales, municipales, estatales o federales para mejorar el bienestar de la comunidad, promoviendo los valores de calidad.
- Registra, analiza e interpreta los indicadores de efectividad y eficiencia diseñados para evaluar cada proceso empleado, así como el del subsistema de este subcriterio.

5.4. Hospital seguro

- Enfatiza la aplicación de metodología, herramientas e instrumentos para la formulación de planes de emergencia para el caso de sismos, incendios, inundaciones y demás riesgos naturales, conforme a las normas de protección civil aplicables.
- Programa simulaciones con diversos escenarios, especialmente los más probables de acuerdo al diagnóstico de riesgo. Involucra a los recursos humanos de la organización, así como a organizaciones municipales, civiles, miembros destacados y personas de la comunidad.
- Realiza un diagnóstico de resultados de la simulación y previene contingencias a partir del aprendizaje.
- Simula acciones de transferencia de pacientes y recursos a partir de un mapa de respuesta emergente.

6. Desarrollo y satisfacción del personal

Subcriterios

6.1. Evaluación del desempeño

6.2 Identificación y desarrollo del talento

6.3 Satisfacción del personal

6.4 Programa de incentivos

6.5 Experiencia del personal en la institución



La gestión de los recursos humanos en las organizaciones constituye uno de los principales desafíos para facilitar a las personas que trabajan en ellas el tránsito por los procesos de cambio. La satisfacción del personal, así como su motivación y desarrollo, tienen una importante influencia en la calidad de los servicios de salud. Esto se ha comprobado a

través de diversos estudios tales como el elaborado por el Instituto para las prácticas de medicación segura de los Estados Unidos, que encontró que la calidad y seguridad de los servicios se ve afectada en un porcentaje importante debido a factores relacionados con el personal de salud. (Morrisey, 2004)

En el campo de la salud, la gestión de recursos humanos tiene complicaciones particulares debido a la participación de profesionales de diferentes disciplinas, en las que existen desde profesionales altamente especializados en campos de la salud, hasta prestadores de servicios básicos en áreas de apoyo.

Por esta razón, es importante tener herramientas e instrumentos adaptados a las obligaciones y necesidades de los prestadores que se traduzcan en niveles altos de satisfacción y que resulten en una mejora continua de procesos a través del trabajo en equipo para lograr servicios seguros y de calidad.

Es importante señalar que el subsistema cuenta con interfaces muy definidas con otros subsistemas y que necesita ser impulsado desde una estrategia conjunta entre la organización y los trabajadores, buscando la adaptación proactiva.

Es relevante señalar la necesidad de articular los procesos de modelado por competencias con el resto de los subsistemas de gestión de recursos humanos, en un proceso cuya construcción implica un cambio en la cultura de trabajo, y que requiere de tiempo y perseverancia, disposición al aprendizaje, inteligencia para introducir cambios, y flexibilidad para llevarlos adelante en un proceso de permanente evaluación.

6.1. Evaluación del desempeño

- Identifica las necesidades de formación del puesto, entendidas como la distancia entre lo que un trabajador sabe y lo que debe de saber para realizar de forma eficaz las tareas de su puesto de trabajo. Contribuye a determinar lo que se espera de las personas por las competencias demostradas y permite establecer planes de desarrollo y objetivos de mejora, alineados con los objetivos estratégicos.

- Considera, bajo las actividades de mejora continua de la organización, lo relativo a la forma de seleccionar, incorporar, promover o remover a los trabajadores. Programa las acciones, identifica potencialidades y debilidades que permitan fortalecer la formación del talento humano -es decir el desarrollo de competencias (capacitación y desarrollo)-, retroalimenta y motiva al personal para reforzar las conductas deseadas y mejora el sistema de remuneración e incentivos.



6.2. Identificación y desarrollo del talento

- Describe el subsistema que el establecimiento diseña y opera para lograr el desarrollo del personal durante su vida laboral, desde su selección hasta la separación, con la finalidad de favorecer su desempeño y satisfacción, considerando las estrategias de la unidad. El capital humano, es el responsable de instrumentar e implementar las acciones, así como los propósitos de la unidad.
- Considera las acciones de mejora sobre el ambiente físico (espacio, instalaciones, etc.); la estructura de la organización (dimensiones, estilo de dirección, estructura formal, mecanismos de comunicación); el ambiente social (solidaridad, compañerismo, conflictos entre personas o entre áreas, comunicación); las características personales (aptitudes, actitudes, expectativas, motivaciones) y el comportamiento organizacional (productividad, rotación, ausentismo, nivel de tensión).
- Fortalece y mantiene la calidad del subsistema en la organización, ya que incide en el capital humano de manera positiva, es decir, en el responsable de implementar las acciones de mejora para el cumplimiento de los propósitos del establecimiento.
- Trata al conocimiento como una propiedad tanto de la organización como del individuo, desarrollando el talento y el capital humano.
- Considera los planes de formación, que logran detectar las brechas entre los perfiles requeridos y las competencias que poseen las personas, detectadas en la evaluación de desempeño. De esta manera es posible utilizar de una manera más eficiente el presupuesto destinado a los planes de capacitación.
- Gestiona al capital humano de una manera estratégica a través de los planes de carrera y sucesión, lo que crea una ventaja competitiva para la organización al momento de formular planes que contemplen los intereses individuales y organizacionales, estableciendo un nexo entre las competencias actuales y el potencial.

6.3. Satisfacción del personal

- La organización realiza acciones para lograr el desarrollo del personal durante toda su vida laboral -desde su selección hasta su separación- así como la creación y mantenimiento de un clima laboral favorable, entendido como el ambiente generado por las percepciones colectivas e individuales que tienen los trabajadores sobre su organización. Las percepciones son el resultado de variables psicosociales, laborales y organizacionales, que en conjunto repercuten sobre el comportamiento organizacional y la productividad.



6.4. Programa de incentivos

- Alinea los incentivos laborales con el comportamiento y el desempeño. El objetivo es motivar al capital humano de la organización para lograr sus metas individuales u organizacionales, por encima de las responsabilidades laborales normales.
- Incluye incentivos no monetarios y define con claridad su propósito básico, el cual deberá estar relacionado con el rendimiento y con lineamientos, reglas y recompensas simples. Debe estar documentado para su cumplimiento, revisión y ajustes. Asegura que el programa sea conocido por todos los miembros de la organización y asesora sobre el mismo de manera permanente.

6.5. Experiencia del personal en la institución

- Se elaboran acciones programadas que permitan identificar el grado de satisfacción del personal en las actividades diarias, en el avance de sus metas profesionales y personales, de acuerdo al periodo de vida laboral en que se encuentre. Se realizan análisis de la rotación del personal y sus causas para identificar aquellas con una tasa excesiva, y analizar sus causas, las estrategias de mejora implementadas, y su grado de éxito.

7. Mejora de procesos

Subcriterios

7.1 Administración de procesos estratégicos

7.2 Administración de procesos de apoyo integral

7.3 Administración de procesos de suministro

7.4 Gestión del riesgo en la atención

Un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (productos o servicios obtenidos de proveedores internos o externos) y que dan como consecuencia un resultado.

Comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios para ofrecer un servicio al usuario. Un ejemplo es el proceso de hospitalización en el que intervienen el área médica, admisión, archivo, enfermería, vigilancia y otros más, todos los cuales deben actuar de manera ordenada y específica para el mejor desempeño del proceso. (López-Picazo, 2013) Como se puede identificar, participan tanto áreas sustantivas (las que prestan servicios profesionales directos de atención a la salud), como áreas adjetivas o de apoyo (las que soportan a las áreas sustantivas para que desempeñen su actividad profesional).

Este criterio describe el sistema en que el establecimiento de salud diseña, representa gráficamente, mide, controla y mejora sus procesos para proporcionar los servicios. Atiende el



principio institucional de seguridad y de la persona como el centro de la organización, y define los componentes del proceso -desde el proveedor hasta el usuario que garanticen la creación de valor en forma consistente para el logro de los objetivos estratégicos.

La importancia de los procesos radica en su influencia directa sobre los resultados, es decir, su monitoreo y análisis representan de manera cercana a los resultados de valor del servicio, y por lo tanto, al grado de cumplimiento de las metas organizacionales.

Este enfoque se fundamenta en la mejora continua de los procesos, que permite a la organización generar conocimiento y aprendizaje, mediante un ciclo donde se identifica la meta organizacional, se formula una teoría, se definen los indicadores para medir el grado de éxito en el cumplimiento de metas, y se establece un plan de acción. (Deming Institute, 2015) El resultado alcanzado son servicios que evolucionan hacia la calidad, la eficiencia y el acceso efectivo.

7.1. Administración de procesos estratégicos

- Describe la forma en que el establecimiento diseña y administra los procesos estratégicos; es decir, aquellos que se relacionan de manera evidente con la misión de la organización y proporcionan valor a los usuarios.
- Define los mecanismos que utiliza para la identificación y diseño de los procesos estratégicos cumpliendo con los elementos de alineación con la misión y la visión, y generación de valor.
- Define las acciones para la administración de los procesos estratégicos de la unidad y las prácticas para generar y desarrollar las interfaces entre los procesos estratégicos, los de apoyo y los proveedores.
- Define los indicadores de efectividad y eficiencia para evaluar cada proceso empleado, así como del subsistema que permite dar seguimiento de los indicadores a través del tiempo.

7.2. Administración de procesos de apoyo integral

- Describe la forma en que el establecimiento diseña, administra, controla y mejora los procesos de apoyo integral y proveedores, que generalmente son los que proporcionan valor a los usuarios.
- Describe los mecanismos que utiliza para la identificación y diseño de los procesos de apoyo integral cumpliendo con los elementos de: identificación de usuarios internos y externos, identificación de proveedores internos y externos, e identificación de subsistemas y estado funcional.
- Delinea las acciones para la administración de los procesos de apoyo integral de la unidad y las prácticas para generar y desarrollar las interfaces entre los procesos estratégicos, los de apoyo y proveedores.



- ❑ Genera los indicadores de efectividad y eficiencia para evaluar cada proceso empleado, así como el del subsistema que permite dar seguimiento de éstos a través del tiempo.
- ❑ Enlista las actividades e instrumentos aplicables para detectar las necesidades de los usuarios, que se traducen en características de los servicios de cada proceso de apoyo y de proveedores.
- ❑ Establece los mecanismos que utiliza para identificar el impacto de los procesos de apoyo integral y de proveedores con los procesos estratégicos.
- ❑ Enumera las acciones que aplican para el control de la documentación generada en cada uno de los procesos estratégicos, de apoyo integral y de suministro,
- ❑ atendiendo los requisitos de: normatividad interna y externa, aprobación, revisión y actualización, identificación de cambios y situación actual, disponibilidad y uso, distribución, y obsolescencia.
- ❑ Describe los mecanismos que aplican para el control de los registros generados en cada uno de los procesos estratégicos, de apoyo integral y proveedores cumpliendo con requisitos de: normatividad interna y externa, identificación, almacenamiento, protección, recuperación, y tiempo de retención.

7.3. Administración de procesos de suministro

- Representa la forma en la que la organización identifica a sus proveedores externos, cómo los selecciona y la forma en que se interrelaciona con ellos para contribuir a su desarrollo. La administración de procesos de suministros está encaminada al mejoramiento de los procesos del establecimiento y la satisfacción de sus usuarios, y busca establecer interacciones que beneficien tanto a los proveedores, como a la organización.
- Precisa los criterios de los proveedores que permiten identificar: la forma en la que se seleccionan, la capacidad para cumplir necesidades de la unidad (basadas en las necesidades de las personas), un sistema de comunicación eficiente, la evaluación y frecuencia de la cadena de suministro, la difusión de resultados, y el desarrollo del proveedor. La administración de los procesos de proveedores debe estar regulada e incluir indicadores de eficiencia.

7.4. Gestión del riesgo en la atención

- ❑ Define las acciones para el diagnóstico y gestión del riesgo en los procesos sustantivos y adjetivos, incluyendo los relativos a seguridad del paciente, protección civil y seguridad en el trabajo, así como los indicadores para evaluar el riesgo en el mediano y largo plazo.
- ❑ Identifica y enlista las amenazas y la vulnerabilidad frente a éstas, enfocándose especialmente en aquellas controlables mediante la gestión.
- ❑ Identifica posibles escenarios de riesgo y los prioriza. Por ejemplo, la demanda de atención de pacientes inestables que requieren atención inmediata en los turnos en los



que no se cuenta con recursos humanos suficientes o apropiados, desastres potenciales en zonas fabriles cercanas a la unidad, catástrofes viales por la cercanía de vías rápidas.

- Calcula o demuestra la recurrencia de los sucesos y fenómenos que se han producido y se pueden volver a generar en el área o sector donde opera la unidad.
- Define las estrategias para atender la vulnerabilidad de acuerdo a un orden prioritario.
- Establece fondos de reserva y respuesta preventiva y organizada frente a contingencias de viabilidad probada.

La puesta en marcha, evaluación y propuestas de mejora para el plan anual de calidad y seguridad del paciente, establece el compromiso por impulsar el plan anual de calidad y seguridad del paciente, incluye puesta en marcha, vigilancia y cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, el monitoreo de eventos adversos, y otros estándares de calidad seleccionados para evaluar el comportamiento de las estrategias implementadas por dicho plan. Los indicadores son emitidos por el subsistema de información para la toma de decisiones con la finalidad de proponer ajustes para realizar la mejora continua a través del comité de calidad y seguridad del paciente y alcanzar los estándares y metas programadas.

8. Resultados de valor

Subcriterios

8.1 Salud en la población

8.2 Acceso efectivo

8.3 Organizaciones confiables y seguras

8.4 Experiencia satisfactoria

8.5 Costos razonables

Este criterio evalúa el desempeño del sistema de gestión de calidad implantado en la organización y describe la generación de resultados de valor orientados a la atención centrada en la persona, la comunidad y la población.

Enlista las aportaciones a la salud de la población, los ciclos de mejora orientados al acceso efectivo, y la seguridad que ofrece la organización a sus usuarios, tanto estructural, como en sus procesos y resultados. Identifica el grado de confianza que le otorga el usuario, detalla los costos de la atención y las acciones de racionalización en la utilización de los recursos. Detalla los mecanismos de ahorro -sin menoscabo de la calidad de la atención- que deben ser reflejados en un costo razonable de la atención a la salud. Realiza mecanismos para sustentar el logro de un alto grado de satisfacción de los usuarios tanto internos como externos al transitar por el tramo de responsabilidad que la organización representa en el sistema de salud.



Es en los resultados de valor en donde se analizan la relación que existe entre los indicadores clave de los servicios y procesos establecidos y los resultados obtenidos. Para evaluar el desempeño global de la organización, a partir de este criterio se presenta los resultados del análisis e interpretación de los procesos establecidos por algunos de los criterios, a partir de los cuales se demuestra a través de gráficas y otros instrumentos estadísticos, las tendencias y el comportamiento en el período, y las tendencias de los indicadores de los procesos estructurados para cada subsistema, destacando el cumplimiento o los avances incrementales de los objetivos y metas esperados incluyendo: 1) Aportaciones estadísticamente significativas de aportaciones concretas a la salud de la población, 2) indicadores de acceso efectivo de acuerdo a su capacidad instalada y a las necesidades identificadas de la población, 3) demostración del grado de seguridad alcanzado por la organización en el desempeño de sus actividades, 4) comportamiento de las mediciones de grado de confianza depositado en la organización por los usuarios, 5) productividad y eficiencia, 6) disminución de desperdicios de recursos, 7) comportamiento de la mejora en la eficiencia financiera, 8) comportamiento de la mejora en la efectividad clínica.

Los resultados de estos indicadores deben ser comparados con los registrados por unidades afines que representen la mejor práctica de manera descriptiva y documental.

Los resultados que se presenten en este apartado deben tener relación con los procesos y subsistemas presentados en los criterios del sistema de gestión de calidad en salud.

8.1. Salud en la población

Resultado de valor para las personas, las comunidades y la población

- Refiere la forma en que la organización evalúa los resultados de desempeño de sus procesos y su relación causal con la salud de la población de influencia.
- Cuantifica las aportaciones a la salud de la población a su cargo en medidas estandarizadas para valorar el impacto de los servicios otorgados en la salud de la población.
- Describe la información en términos de: Morbi-mortalidad de la población, ganancia en años de vida, años de vida con calidad y años de vida sin discapacidad.
- Documenta y analiza el comportamiento de los indicadores a través del tiempo, los cuales muestran ganancias incrementales.
- Proporciona el insumo para la detección oportuna de personas con riesgo de desarrollar una enfermedad y de esta forma prevenirla, incidiendo directamente sobre la calidad de vida.
- Establece, con base en los niveles alcanzados, su posición respecto al sector salud en su entidad federativa, así como la relación existente entre las estrategias ejecutadas y las capacidades de cada uno de sus procesos utilizados, las variaciones en los resultados y



las causas de esas variaciones, los niveles y tendencias menos favorables, y las estrategias orientadas para corregir y prevenir.

8.2. Acceso efectivo

Resultado de valor para las personas, las comunidades y la población

- Determina, registra y analiza el comportamiento y las mejoras en indicadores relativos al acceso oportuno a la atención médica y el acceso efectivo a los servicios de salud, definidos como la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría, en términos de disponibilidad, accesibilidad y utilización.
- Determina y oferta de manera ordinaria únicamente los servicios en que tiene la capacidad resolutive suficiente de acuerdo a su capacidad instalada. Promueve el conocimiento de esta oferta a los usuarios, con la finalidad de que establezcan expectativas realistas que coadyuven a incrementar el grado de confianza.
- Describe los indicadores utilizados por la organización para identificar el acceso oportuno a la atención médica y el acceso efectivo a los servicios de salud, los
- indicadores utilizados para evaluar resultados y predecir los avances en el mediano y largo plazo de la organización, los resultados obtenidos por los indicadores descritos durante los últimos dos años.
- Documenta la incorporación de la evidencia en sus procesos, como las recomendaciones aplicables de las guías de práctica clínica y la alineación de los componentes aplicables de las prioridades nacionales y las necesidades identificadas de la población.
- Documenta y analiza el comportamiento de los indicadores a través del tiempo, los cuales muestran mejoras incrementales. Se encuentran incluidos los resultados que derivan del subsistema de referencia y contra referencia de pacientes, y las acciones de coordinación y enlace entre los niveles de atención a la salud que garantiza el acceso efectivo a la población.
- Establece, con base en los niveles alcanzados, su posición respecto al sector salud en su entidad federativa y la relación existente entre las estrategias ejecutadas y las capacidades de cada uno de sus procesos utilizados, las variaciones en los resultados y las causas de esas variaciones, los niveles y tendencias menos favorables y las estrategias orientadas para corregir, prevenir y mejorar.

8.3. Organizaciones confiables y seguras

Resultado de valor para las personas, las comunidades, la población y la organización



- Garantiza la seguridad del paciente durante el proceso de atención médica y su estancia en el establecimiento. Este subsistema está determinado por las acciones inherentes a las medidas emprendidas por la aplicación de prácticas médicas seguras de los profesionales de la salud, relacionadas con la disminución de riesgos e incidentes o daños a personas. Además, está asociado a las acciones de gestión clínica y el mejoramiento de procesos asistenciales clínicos, determinantes en el fomento de una cultura de seguridad para la persona y el paciente y la predicción de procesos asistenciales, con base en el mejoramiento de la atención médica y la disminución de la variabilidad mediante la estandarización.
- Reconoce los aspectos en la transformación de la cultura organizacional asociados a la gestión de los riesgos mediante la aplicación de técnicas y herramientas que conduzcan al reporte de eventos adversos, el trabajo en equipo, el manejo e identificación de riesgos potenciales durante la atención y la manera de prevenirlos y mitigarlos cuando ocurren, para consolidar ambientes hospitalarios y seguros.
- Considera la inclusión de los indicadores utilizados para evaluar el riesgo en el mediano y largo plazo de la organización en relación a sus procesos.
- Desarrolla y aplica instrumentos que permitan evaluar el grado de confianza que otorgan los usuarios a la organización, derivada de la realización satisfactoria de sus actividades sustantivas.
- Identifica la percepción de confianza en la organización en cuanto a su efectividad, seguridad y desempeño de las actividades sustantivas, mediante la información colectada entre los usuarios de manera periódica y programada.
- Documenta, analiza y promueve acciones para incrementar el grado de confianza a través del tiempo.

8.4. Experiencia satisfactoria de la población al transitar por el sistema de salud y del personal de salud al prestar los servicios

Resultado de valor para las personas, las comunidades, la población y la organización

- Describe la forma en que el establecimiento evalúa los resultados de desempeño de sus procesos y su relación causal con los subsistemas de la organización.
- Identifica y detalla cualitativa o cuantitativamente los resultados de valor para la organización y su relación con los procesos, operaciones, servicios y proveedores, con base en los resultados analizados de los subsistemas correspondientes a los criterios: persona, liderazgo, administración y mejora de procesos, planeación y desarrollo y satisfacción del personal.
- Describe los indicadores utilizados por la organización para evaluar su desempeño y competitividad, respecto a la organización y los procesos, los criterios utilizados para la



definición de los indicadores y los resultados obtenidos por los indicadores descritos durante los últimos tres años.

- Retroalimenta a las personas sobre las acciones y resultado de las quejas y sugerencias.
- Establece, con base en los niveles alcanzados, su posición respecto al sector salud de en su entidad federativa y la relación existente entre las estrategias ejecutadas y las capacidades de cada uno de sus procesos utilizados, las variaciones en los resultados y las causas de esas variaciones, los niveles y tendencias menos favorables y las estrategias orientadas para corregir y prevenir.

8.5. Costos razonables

Resultado de valor para las personas, las comunidades, la población y la organización

- Elabora procedimientos que permitan determinar las características económicas de los procesos para evaluar sus costos de producción, tomando como referencia información económica oficial y empleando modelos internacionales de análisis económico.
- Determina, con base en análisis específicos, aquellos procesos o componentes de los mismos que pueden ser sujetos a acciones de mejora enfocadas en la eficiencia y redistribución de los recursos para el logro de los objetivos y metas.
- Documenta, analiza y controla las actividades identificadas como responsables de gastos innecesarios, generando ahorros identificables. Emplea fuentes de información externas con objeto de comparar y mejorar sus prácticas y lograr la reducción de costos internos sin menoscabo de la calidad.



CÓMO INICIAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD PARA INTEGRAR UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

En principio no existe una fórmula única; cada establecimiento de salud tiene que diseñar un método de implementación de acuerdo a su propia realidad. Idealmente aspirar a conducir o ser partícipe de una organización orientada a ofrecer productos y servicios de calidad debiera ser una motivación colectiva de todos sus miembros, alimentada por un líder visionario. Sin embargo, en muchas de las ocasiones, es la presencia de problemas técnicos asociados con la relación médico-paciente, familiares, proveedores, o conflictos internos de la organización, los que promueven la gestión del cambio.

Resulta necesario tener en cuenta el entorno. Hay que identificar los cambios que más influyen a un establecimiento de salud, la forma en que puede cambiar el panorama epidemiológico en los próximos años, y las necesidades en salud que puede desarrollar la población, qué demandan o esperan los ciudadanos, de qué forma va a influir el desarrollo de nuevas tecnologías; cómo afectan los proveedores.

Puesto que el camino hacia la implementación de un sistema de gestión de calidad es un proceso claramente estratégico, deberán llevarse a cabo un conjunto de tareas de análisis y adopción de decisiones organizadas que impulsen a declarar la necesidad de iniciar un proceso de cambio cultural y organizacional hacia la implementación del modelo de gestión de calidad en salud.

Ser parte del sistema nacional de salud conlleva una gran responsabilidad y al mismo tiempo representa ventajas, como la existencia de sistemas de información que permiten identificar los estados y condiciones de los recursos, los subsistemas, los macro procesos, procesos y subprocesos que se tienen en el establecimiento de salud, y la forma en la que interactúan para estar en condiciones de alcanzar los objetivos definidos.

A partir de ello es posible identificar las áreas sólidas y las de mejora de la organización, es decir, en qué áreas se necesita ampliar la formación y competencias del personal para contribuir a aportar un mayor bienestar a nuestra sociedad o en qué forma se pueden mejorar las estrategias de comunicación y de coordinación, entre otros ejemplos. Especialmente, se pueden derivar de los sistemas de información lo que se ha aprendido de los aciertos y los errores. Para realizar este análisis es necesario tomar en cuenta los resultados alcanzados a través de evaluaciones internas y externas.

Cabe hacer mención que la mayoría de las organizaciones realizan actividades que en su conjunto pueden contener muchos de los elementos que comprende un sistema de gestión de calidad, por lo que un punto de partida es la elaboración de un diagnóstico de situación, aunque en este caso, la tarea se debe enfocar en realizar un análisis comparativo del tipo de



administración de la organización frente a los contenidos del modelo de gestión de calidad en salud y su grado de maduración, para lo que se requiere realizar una autoevaluación.

Esto permitirá identificar y alinear los componentes frente al modelo, dando como resultado la determinación de áreas de fortaleza y áreas de oportunidad, permitiendo así establecer una ruta para fortalecer o construir todos aquellos componentes que no hayan sido atendidos correctamente. Con este propósito, se incluye la tabla de asignación de puntaje de criterios y subcriterios, la cual permite de manera más objetiva autoevaluar a la organización. Evidentemente los criterios o subcriterios que se encuentren en fases más tempranas de maduración tendrán los puntajes más bajos, y deberán ser considerados para consolidar el sistema de gestión mediante acciones programadas y supervisadas que permitan precisar los avances logrados y las tareas pendientes.

Autoevaluación

Tabla de asignación de puntaje por criterios y subcriterios

CRITERIOS		SUBCRITERIOS	VALOR DEL CRITERIO	VALOR DEL SUBCRITERIO
1	Atención centrada en Personas/ comunidad/ población	1.1 Conocimiento profundo de las personas, comunidad y población; diagnóstico situacional y de salud	120	30
		1.2 Comunicación con las personas, comunidad y población		30
		1.3 Experiencia de la persona en la organización		30
		1.4 Oferta de servicios		30
		TOTAL DEL CRITERIO		120
2	Liderazgo	2.1 Liderazgo aplicado al ejemplo y la práctica	120	20
		2.2 Cultura de calidad		20
		2.3 Metas y objetivos claros		20
		2.4 Competencias del equipo directivo		30
		2.5 Identificación de líderes para los equipos de alto desempeño		30
		TOTAL DEL CRITERIO		120
3	Información, conocimiento, innovación y tecnología	3.1 Alineación de la información estratégica	120	20
		3.2 Análisis e interpretación de la información		20
		3.3 Protección de la información		20
		3.4 Información en salud de referencia		20
		3.5 Metas y objetivos sectoriales		20
		3.6 Ganancia en salud		20
		TOTAL DEL CRITERIO		120



CRITERIOS		SUBCRITERIOS	VALOR DEL CRITERIO	VALOR DEL SUBCRITERIO
4	Planeación	4.1 Planeación estratégica	120	30
		4.2 Cumplimiento de la regulación		20
		4.3 Planeación operativa		30
		4.4 Plan anual de calidad y seguridad del paciente		40
		TOTAL DEL CRITERIO		120
5	Responsabilidad Social	5.1 Responsabilidad pública	120	40
		5.2 Promoción de la cultura de calidad		40
		5.2.1 Al interior de la unidad		
		5.2.2 Al exterior de la unidad		
		5.3 Hospital seguro		40
		TOTAL DEL CRITERIO		120
6	Desarrollo y Satisfacción del Personal	6.1 Evaluación del desempeño	120	20
		6.2 Identificación y desarrollo del talento		30
		6.3 Satisfacción del personal		30
		6.4 Programa de incentivos		20
		6.5 Experiencia del personal en la institución		20
		TOTAL DEL CRITERIO		120
7	Mejora de Procesos	7.1 Administración de procesos estratégicos	130	40
		7.2 Administración de procesos de apoyo integral		30
		7.3 Administración de procesos de suministro		40
		7.4 Gestión del riesgo en la atención		20
		TOTAL DEL CRITERIO		130
8	Resultados de Valor	8.1 Salud a la población	150	30
		8.2 Acceso efectivo		30
		8.3 Organizaciones confiables y seguras		30
		8.4 Experiencia satisfactoria de la población al transitar por el sistema de salud		30
		8.5 Costos razonables		30
		TOTAL DEL CRITERIO		150
TOTAL			1000	



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acceso: El que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.

Amenaza: Factores ajenos a la organización que constituyen un riesgo para el funcionamiento o logro de objetivos.

Atención centrada en la persona-familia: la prestación de atención respetuosa y sensible a las preferencias individuales de las personas, las necesidades y los valores, y la garantía de que los valores de los usuarios guían todas las decisiones de la atención a la salud.

Autocontrol: Control interno y personal, independiente del exterior. Capacidad de evaluar el comportamiento propio y de tomar acciones y decisiones.

Calidad: Es el grado en el que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados deseados en salud y son consistente con los conocimientos profesionales actualizados, ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo, utilizando los medios disponibles.

Calidad Total: Sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del cliente. Abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de una organización. Suele combinarse con otras palabras para indicar este enfoque en diversas funciones o actividades de la organización, por ejemplo, gestión total de la calidad, liderazgo de la calidad total, control total de la calidad o cultura de la calidad total.

Cambio cultural: Cambio importante en las aptitudes, normas, sentimientos, creencias, valores, principios operativos y comportamientos dentro de una organización.

Certificación de médicos: Es el proceso mediante el cual se demuestra que un médico cumple con los requisitos establecidos para el ejercicio de la medicina general o de especialidad.

Certificación de establecimientos de atención médica: Es el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Ciclo de Mejora: Secuencia de acciones enmarcadas dentro de un periodo de tiempo en el que se desarrolla algún proceso identificado sujeto a ser mejorado aplicando las etapas de planear-hacer-verificar-actuar (Ciclo Deming).

Cliente o usuario o persona: Persona o conjunto de ellas que se beneficia con el resultado de una actividad. El cliente puede ser interno o externo.

Cientes externos: Son aquellos que usan el producto o el servicio suministrado por la organización, pero no son miembros de ésta.

Cientes internos: Son los que reciben los efectos del producto o servicio y además son miembros de la organización que elabora el producto o presta el servicio.



Competencia: Es la confrontación de dos o más entes que aspiran a un mismo objetivo.

Competencias internas: Son las fortalezas y debilidades de la organización en el cumplimiento de la misión, son de carácter interno y se tiene influencia sobre ellas.

Comunicación: Es el medio más efectivo para entablar una relación con los usuarios. Ésta deberá ser asertiva para la solución de las causas de quejas y de las reclamaciones, utilizando todas las fuentes posibles en la cadena de involucrados.

Comunidad: Es el grupo social con costumbres afines o que habitan en una misma localidad. Puede referirse a un grupo de personas relacionadas por un interés común. Para efectos del modelo de gestión para la calidad, está integrada por las personas que habitan en la localidad donde se encuentran ubicadas las instalaciones del establecimiento, o bien el ámbito de influencia de dicha unidad en la que puede inculcar los principios de la cultura de calidad.

Confiabilidad: Calidad de la información que garantiza la veracidad.

Consistencia en la información: Es una cualidad de un conjunto de datos ordenados en forma lógica y congruente.

Cultura organizacional: Conjunto de comportamientos, lenguaje, símbolos y actividades que representan la forma de ser de una organización; de tal manera que se facilite el bienestar y la motivación del personal.

Dato: Es el registro que se obtiene al observar una variable.

Debilidad: Elementos identificados como barreras para el logro de los objetivos de la organización y que se encuentran dentro de su control.

Desarrollo sostenible: Expresión que involucra a las personas, organizaciones, empresas, gobierno y sociedad en general con su medio ambiente, con la responsabilidad de satisfacer sus necesidades sin poner en riesgo el bienestar de las futuras generaciones.

Desarrollo sustentable: Es la mejora de calidad de vida de la comunidad y las formas de producción con impactos mínimos controlados al medio ambiente y acciones de mitigación, conservación y recuperación de los recursos naturales tales como ahorro de energía, reciclado de material, manejo de combustible, ahorro de agua, material biodegradable y reforestación, de tal manera que permitan la permanencia a largo plazo de los grupos sociales y los ecosistemas.

Desempeño: Capacidad de un individuo, de un grupo o de una organización para llevar a cabo los procesos que aumentan la probabilidad de obtener los resultados que se buscan.

Desempeño Organizacional: Es el proceso a través del cual la organización evalúa que los resultados reflejen coherencia con su misión, visión, valores y objetivos.

Diseño: La identificación y organización de los elementos necesarios para estructurar un proceso que arroje los resultados esperados dentro de un sistema.

Efectividad: La prestación de servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse, y la abstención de la prestación de servicios a los que no pueden beneficiarse.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. Hacer lo correcto con apego a normas y procedimientos.



Eficiencia: Evitar malgastar recursos, incluido el desperdicio de equipo, suministros, ideas y energía.

Enfoque: Se refiere al diseño del sistema en que deben definirse estructura y organización.

Estadística: Conjunto de técnicas cuyo propósito es, a partir de una colección de datos numéricos que presentan variabilidad, describir el proceso que los generó.

Estándar: Valor o rango de valores aceptable en relación a los resultados esperados en un sistema o proceso. Medida de desempeño esperado utilizado para evaluar o comparar acciones realizadas.

Estándar de desempeño: Es una norma o medida que sirve para indicar que no hay desviación con respecto a las exigencias válidas del cliente.

Estandarización: Es la acción de instalar o implantar procesos o sistemas nuevos o modificados y un sistema de medición para lograr un desempeño consistente y controlado con características similares.

Equidad: proporcionar atención que no varía en calidad debido a características personales como el género, origen étnico, ubicación geográfica y nivel socioeconómico.

Evaluación: Proceso sistemático de recopilar y analizar datos para determinar la situación actual, histórica o proyectada de una organización.

Expectativas: Percepciones de los clientes acerca de la forma en que los productos y servicios que adquieren van a satisfacer sus necesidades y exigencias particulares. Las expectativas con respecto a un producto o servicio están conformadas por muchos factores entre los que se incluyen valores, experiencias previas, experiencia anterior con un producto o servicio similar, promesas y compromisos de la organización.

Fortalezas: Conjunto de elementos dentro de la organización que se consideran sólidos para el desarrollo de procesos y logro de sus objetivos.

Generación de valor: Compartir y aprovechar los activos intelectuales entre empleados, departamentos y directivos en busca de descubrir y lograr nuevas y mejores prácticas.

Gestión de la calidad: Es el sistema de responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a cabo la administración de la calidad.

Grupos de interés: Son grupos que comparten características y rasgos comunes. La organización los considera para definir concretamente los intereses de cada uno de ellos para otorgarles el valor requerido.

Indicador: Los indicadores son expresiones numéricas de la propiedad que se pretende medir. En el contexto de la Administración Pública Federal (APF) son parámetros para medir el logro de los objetivos de los programas gubernamentales o actividades institucionales a través de los cuales las dependencias y entidades dan cumplimiento a su misión. Es la relación entre dos o más variables que intervienen en un mismo proceso.

Existen varias definiciones de indicador de la salud: según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es una medida de la administración clínica y resultado de la atención. Por su parte, el Australian Council on Health Care Standards, lo define como una medida cuantitativa de un aspecto de la atención.



No obstante, el indicador no es una medida directa de la calidad, es un tamiz o una señal que indica las áreas donde se requiere un análisis detallado, según la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations.

Se clasifican tres tipos de indicadores:

Indicadores de desempeño: Muestran el comportamiento de los procesos.

Indicadores de efectividad: Para medir el funcionamiento de los procesos en función de los resultados esperados.

Indicadores de eficiencia: Para medir el aprovechamiento de los recursos utilizados para alcanzar los objetivos de los procesos, así como los ahorros logrados.

Innovar: Introducir una novedad para mejorar una situación/proceso/producto que mejore ostensiblemente el estado actual.

Licenciamiento: Proceso legal obligatorio mediante el cual una autoridad gubernamental o consejo regulador otorga a un individuo u organización de salud la validación para el ejercicio de sus actividades. Es un permiso para operar con el compromiso de definir o mantener el nivel de calidad requerido para ello.

Liderazgo: Se refiere a los comportamientos y acciones que toma el líder para inspirar, convencer o impulsar al personal y a la organización hacia el logro de la visión.

Medición: Aplicación de una metodología estructurada para conocer el grado de avance en la implantación de acciones de mejora.

Mejora continua: Método para la gestión de la calidad que se apoya en el aseguramiento de la misma, haciendo hincapié en los sistemas y procesos de organización, en la necesidad de contar con datos objetivos que permitan mejorar los procesos, y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre pueden mejorar aun cuando se han satisfecho los estándares, patrones o normas más altas.

Meta: Un enunciado que describe una situación a lograr en el futuro, especificando su magnitud y cuándo debe alcanzarse.

Misión: La misión de una organización describe su razón de ser. Los enunciados de misión son amplios y se prevé que permanezcan vigentes por un lapso prolongado. Declaración de la institución que expresa claramente el compromiso para mejorar continuamente la calidad del producto. Este compromiso es traducido por metas medibles, objetivos y planes de acción para la estrategia de programas y procesos de la organización.

Modelo de calidad: Descripción de la interacción de los principales elementos del sistema de administración de la organización. Se refiere al esquema predeterminado de referencia que define los sistemas y prácticas de calidad de la organización, congruentes con los principios y valores de calidad.

Modelo de administración por calidad total: La adopción de un sistema de administración por calidad total de una organización representa una nueva manera de dirigir, basándose en el desarrollo de procesos que en un programa de mejora continua, permiten alcanzar los atributos de calidad que satisfagan los requerimientos del cliente-usuario.

Nivel: Grado alcanzado por una magnitud en comparación con un valor que se toma como referencia.



Nivel de satisfacción: Es una medida que permite describir de manera cualitativa la percepción de un bien o servicio otorgado y se representa a través de una escala numérica.

Oportunidad: Factores externos que facilitan el logro de las metas y los objetivos.

Perfil: Conjunto de cualidades o rasgos personales más significativos y característicos de un individuo.

Perfil de liderazgo: es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que deben reunir los directivos participantes en el sistema, para la generación de una cultura de calidad orientada a la generación de valor.

Planeación estratégica: Es el método para definir objetivos estratégicos de largo plazo tomando en cuenta los riesgos potenciales del entorno y las competencias internas de la organización, con la finalidad de cumplir plenamente la misión y visión, recomendando que este proceso se elabore en forma participativa.

Planeación operativa: Es el proceso mediante el cual se establecen las metas de operación por niveles o áreas y la determinación de actividades con responsables y tiempos de ejecución, así como la determinación de los recursos necesarios para el logro de las mismas. La planeación operativa debe alinearse con los objetivos estratégicos determinados en la planeación estratégica.

Población, o población estadística: Está constituida por todas las posibles observaciones que se pueden hacer en los elementos que se desean estudiar.

Principio: Máxima orientadora de conducta o fórmula aceptada por su aplicación.

Procedimiento: Es la documentación formal de la ejecución a detalle, la explicación de un proceso específica paso por paso.

Proceso: Es un conjunto de actividades que se suceden en forma ordenada a partir de la combinación de materiales, maquinaria, gente, métodos y medio ambiente, para convertir insumos en productos con valor agregado. Conjunto de actividades y recursos que transforman consistentemente elementos de entrada en elementos de salida. Su característica principal es la secuencia lógica e intencionada de eventos. Los resultados característicos de un proceso continuo son: un producto, un servicio o la combinación de ambos.

Proceso de apoyo: Son todos aquellos procesos facilitadores de los procesos estratégicos. Generalmente son los que proporcionan los recursos para el desarrollo de los procesos clave. Su aportación a la creación de valor a los usuarios es indirecta; sin embargo, su importancia en el desempeño y logro de los objetivos de la organización es similar a la que tienen los procesos clave o estratégicos. Por ejemplo, los procesos de: abasto, mantenimiento, supervisión, información, etc.

Proceso de capacitación: Es el conjunto de actividades para el logro de los objetivos de aprendizaje. Comprenden la detección de necesidades con base en el perfil y la función real, la programación de cursos y actividades de enseñanza-aprendizaje, así como la evaluación y el seguimiento de dichas acciones.

Proceso de evaluación del desempeño: Es uno de los elementos más importantes para facultar al trabajador y proveerlo de autocontrol dado que le proporciona el conocimiento de sus tareas y responsabilidades en la operación sin la necesidad de una supervisión estrecha.



Proceso de proveedores: Son todos aquellos procesos que proporcionan las entradas al establecimiento tales como la referencia de pacientes, el suministro de insumos (medicamentos, vacunas, material utilizado en los procesos administrativos etc.). Su importancia en el desempeño y logro de los objetivos de la organización es fundamental para la satisfacción de los usuarios.

Proceso estratégico: Son los procesos relacionados con el cumplimiento de la misión, cuyos resultados impactan directamente a los usuarios y el desempeño global del establecimiento. Por ejemplo, en un centro de salud rural los dos procesos estratégicos son el de consulta externa y el de salud comunitaria.

Proceso de mejora: Actividad ordenada que de manera general comprende cuatro fases: medición, análisis, decisión e implantación de acciones.

En relación a los resultados obtenidos comprende tres grandes fases: 1) estandarización cuando se monitorea el comportamiento de los estándares establecidos. 2) corrección cuando se implantan acciones para el logro del estándar 3) mejora cuando se han logrado los estándares y se enfocan las acciones al incremento de las capacidades y aceptabilidad del proceso o a la innovación del mismo.

Productividad: Medida de capacidad funcional del sistema de operaciones e indicador de la eficiencia y competitividad de una organización o sus partes.

Programa de capacitación: Es la definición de objetivos de aprendizaje, los contenidos temáticos y la estrategia didáctica para lograrlos.

Proveedores externos: Organización o persona que proporciona un producto o servicio y que no es parte del establecimiento. Por ejemplo, el almacén o empresa que distribuye los medicamentos y otros insumos, o las empresas que otorgan mediante contrato servicios de mantenimiento a los equipos o inmuebles.

Proveedores internos: Organización o persona que proporciona un producto o servicio y que es parte del establecimiento. Por ejemplo, los servicios de laboratorio o de rayos X.

Proyecto: Es un proceso finito, en el cual un conjunto de actividades y recursos se aplican por única vez, para un fin específico. Los resultados característicos de la implantación de un proyecto son: un producto nuevo, un servicio nuevo, un nuevo sistema o un proceso continuo.

Recertificación: Es el proceso mediante el cual se demuestra que un profesional certificado previamente posee los conocimientos, habilidades y destrezas requeridas para la práctica profesional de la medicina general o de especialidad. También implica la actualización de otro tipo de certificaciones.

Responsabilidad social: Es la congruencia entre el deber ser institucional y los requerimientos y expectativas de los diversos grupos de interés, entre los que se encuentran los usuarios, el personal, la sociedad, las autoridades gubernamentales, o temas tales como el medio ambiente y sus recursos naturales y la normatividad institucional.

Resultados de valor: Se refiere a los efectos y beneficios sistémicos generados a partir de los resultados alcanzados en el desempeño de los sistemas y procesos.

Riesgos potenciales del entorno: Es la combinación de las oportunidades y amenazas del entorno de la organización visualizadas por los directivos que impulsan o restringen el logro de la misión o la visión, y en las cuales la organización no tiene influencia.



Satisfacción del Personal: Grado de bienestar en el trabajo de todo el personal de la organización. Se refiere a ambiente de trabajo, capacitación, compensación, reconocimiento, comunicación, credibilidad y congruencia, desarrollo social, enriquecimiento personal por el trabajo, empoderamiento, herramientas de trabajo, liderazgo, movilidad, participación, respeto, retroalimentación, salud ocupacional, seguridad e higiene, seguridad en el trabajo, tiempo libre y trabajo en equipo.

Sistema: Conjunto de elementos interdependientes que interactúan para lograr un conjunto de metas comunes. Dichos elementos se interrelacionan formando un todo dinámico que permite transformar los insumos en productos o servicios.

Subsistema: Nivel jerárquico inferior al sistema. Un conjunto de ellos integra un sistema.

Técnica: Aplicación de la ciencia en la obtención de objetivos y resultados.

Tendencia: Es el comportamiento positivo o negativo a lo largo del tiempo de un determinado indicador.

Usuario: Persona o grupo de personas a quienes se dirigen los servicios de salud.

Valor o valor agregado: Se refiere al beneficio adicional cuyo diseño y otorgamiento es intencionado y valorado solo si se ha cumplido con los requisitos de calidad explícitos e implícitos.

Valores: Son las creencias fundamentales que orientan la conducta y la toma de decisiones en la organización. Los valores enunciados pueden o no coincidir con los valores reales que se expresan mediante el comportamiento.

Variable: Es una codificación de una característica de tipo cualitativa o cuantitativa. La cuantitativa es numérica (metros, pesos, segundos, etc.), y la cualitativa es no numérica (bueno, malo, en tiempo, tardío); a esta última codificación también se le denomina atributo.

Ventaja competitiva: Es aquel atributo o fortaleza que le permite a un producto, servicio, proceso u organización distinguirse de sus competidores y lograr la preferencia y lealtad de los usuarios.

Visión: Un enunciado amplio o decisión sobre la forma que quiere tener una organización. Estado ideal de ser en un momento futuro. Primer paso para implementar la calidad en las instituciones.



BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

1. Secretaría de Salud. (26 de mayo 2011). Acuerdo del Comité Nacional por la Calidad en Salud, para el desarrollo e implantación de un Modelo de Gestión de la Calidad Total de aplicación en el Sector Salud. México.
2. Aguirre Gas, H. 1997; 35 (4): 257-264 Administración de la calidad de la atención médica. Rev. Med. IMSS (Mex) <http://bvs.insp.mx/articulos/2/3/01112000.pdf>
3. Ana Ma. Serrano Bedia, Concepción López Fernández, Gema García Piqueres. Gestión de la Calidad en Servicios: Una Revisión desde la Perspectiva del Management. Cuadernos de Gestión 2007; 7 (1): 0303-0409. España.
4. Aldana de la Vega. L. A. y Cols. (2011) "Administración por calidad" Colombia, Alfaomega Universidad de la Sabana, Primera Edición, 341.
5. Bohmer R. "The Four Habits of High-Value Health Care Organizations". The New England Medicine Journal, England. N° 365-2045-2047 Pag. 1-3 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1111087.2011>
6. Burns L. Bradley E. Weiner B. (2012) Leadership and Management. Health care management: organization, design, and behavior. Delmar Publishers, 6ta ed. pp. 36-62
7. Cantú. H.D. (2006) "Sistemas de Gestión por Calidad Total" Desarrollo de una Cultura de Calidad. México, Mc Graw Hill; 33-420.
8. Carrada Bravo, T; La cultura organizacional en los Sistemas de Salud. ¿Por qué estudiar la cultura? Revista Médica Electrónica IMSS 2002; 40 (3): 203-211 Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1752:la-cultura-organizacional-en-los-sistemas-de-salud-ipor-que-estudiar-la-cultura&Itemid=720
9. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. Disponible en: <http://www.conacem.org.mx/index.html>
10. Comité Normativo Nacional de Medicina General. Disponible en: <http://conamege.org.mx/>
11. Consejo de Salubridad General. Certificación de Establecimientos. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/#>
12. Corrigan J. M. (2005). Crossing the quality chasm. Building a Better Delivery System.
13. Cuaderno Para Emprendedores y Empresarios. Gestión de la Calidad Total. La Diputación Provincial de Sevilla, su sociedad Sevilla Siglo XXI S.A, y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias. Biblioteca de Socio economía Sevillana.
14. Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario. Real Academia Española. Disponible en: <http://dle.rae.es/>



15. Domínguez Silva, I; Rodríguez Domínguez, B.B.; Navarro Domínguez, J.A.; La Cultura Organizacional para los Sistemas Organizacionales de Salud. Revista Médica
16. Electrónica 2009;31(6); disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000600012
17. Fernández, B. N 2005 "Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud" Calidad de la Atención Médica, N° 1, Programa de Educación a Distancia
18. Fred, David. Conceptos de administración estratégica. 9ª ed. México, Pearson Educación, 2003.
19. Global status report on noncommunicable diseases 2010. 1. Chronic disease - prevention and control. 2. Chronic disease - epidemiology. 3. Chronic disease - mortality. 4. Cost of illness. 5. Delivery of health care. World Health Organization 2011 Reprinted 2011.
20. González Medécigo L. E.; y Gallardo Díaz, E.G. 2012; 13 (8) ISSN: 1067-6079 Calidad de la atención médica: La diferencia entre la vida o la Muerte. Revista Digital Universitaria. <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
21. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. 1. Global Health. 2. Health Priorities. 3. Conservation of Natural Resources. 4. Organizational Objectives. World Health Organization 2015.
22. Hernández F. T & Alcántara MA. B. (2015) Niveles de evaluación de la calidad. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. México: Secretaría de Salud. Pp. 15-27.
23. Hill, Charles y Gareth, R. Jones. Administración estratégica: un enfoque integrado. 3ª ed. México, Mc Graw – Hill, 2001.
24. Avedis Donabedian. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
25. Keith Davis, John W. Newstrom. Comportamiento humano en el trabajo, 11/e, 2003. Mc Graw Hill.
26. Klazinga N. (2014) Desarrollo y uso de indicadores de Calidad en salud. Calidad y Seguridad hacia las poblaciones. Academia Nacional de Medicina. pp. 27-30.
27. Ley federal sobre Metrología y Normalización. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de julio de 1992. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 30-04-2009. Disponible en:
http://www.2006-2012.economia.gob.mx/files/comunidad_negocios/normalizacion/Ley_Federal_sobre_Metrologia-Normalizacion.pdf
28. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 12-11-2015. Obtenida el 4 de enero de 2016 en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf
29. Linda Karina Gaitán Rebollo. Diseño de un Modelo de Gestión de Calidad basado en los Modelos de Excelencia y el Enfoque de Gestión por Procesos. Trabajo de Grado para optar al título de Magister en Ingeniería Industrial. Fundación Universidad del Norte.



- Departamento de Ingeniería Industrial. Maestría en Ingeniería Industrial. Barranquilla, Colombia 2007.
30. Los costes de calidad como estrategia empresarial en las empresas certificadas en la norma ISO 9000; España, Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones Valencia, Primera Edición 2003.
 31. Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) Información disponible en: http://www.nist.gov/baldrige/about/improvement_act.cfm, y en: <http://www.baldrigepe.org/>; http://www.nist.gov/baldrige/about/improvement_act.cfm
 32. Martín-Rodero, Helena y Alonso-Arévalo, Julio 2006 Modelos Internacionales de Gestión de la Calidad Total Normas de certificación. En Conferencia Virtual en el marco del Proyecto de Educación Virtual Continuada del Programa de Alfabetización Digital de la OPS/OMS, Conferencia On-line, 9 de Noviembre 2006. Unpublished presentation.
 33. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd Edition. World Health Organization and Health Action International 2008.
 34. Membrado, J. M. (2002) Innovación y Mejora Continua según el Modelo EFQM de excelencia. España.
 35. Modelo de Gestión de Calidad (2004). Secretaría de Salud.
 36. Morrissey J. (2004). Dr. Intimidation. Surly prescribers increase risk of errors: survey. Modern healthcare, 34(14), 10.
 37. Orozco Valerio, M.J. (2006) "Módulo de Planeación Estratégica". Material para el participante Diplomado en Salud Comunitaria. Disponible en: <http://www.cucs.udg.mx/saludinstituto/files/File/documentos/PLANEACIÓN-ESTRATEGICA.pdf>
 38. Osakidetza (2011) Calidad Total: Principios y Modelos de gestión. Certificación ISO. Satisfacción del Cliente interno y externo. Terminología Calidad y Modelos de Gestión
 39. Pérez-Mergarejo E, Rodríguez-Ruiz Y, Pérez-Vergara I, Modelos de madurez y su idoneidad para aplicar en pequeñas y medianas empresas. Ingeniería Industrial 2014XXXV146-158. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360433597004>. Fecha de consulta: 26 de enero de 2016.
 40. Ponce Sánchez, Y.; Pardo Fernández, A; Arocha Mariño, C.; Rojas Fernández, J.C.; "Metodología de planificación estratégica para instituciones de salud a partir de valores compartidos". Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(3) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n3/spu12309.pdf>
 41. R.W. Hoyer and Brooke B.Y. Hoyer. What is quality? Quality Progress July 2001. WWW.A S Q.O R G.
 42. Ruelas, E. y Querol, J. (1994) Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México, Fundación Mexicana para la Salud.
 43. Schofield, R. F., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective? Health & Social Work, 24(3), 210-219.



44. Secretaría de Economía. Evaluación de la Conformidad. Disponible en: <http://www.2006-2012.economia.gob.mx/comunidad-negocios/normalizacion/nacional/evaluacion-de-conformidad>
45. Shaller, D. (2007). Patient-centered care: what does it take? (pp. 1-26). Commonwealth Fund.
46. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C. 2001.
47. The Right to Health. Fact Sheet No. 31. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights United Nations-World Health Organization. 2008.
48. The W. Edwards Deming Institute. The Plan, Do, Study, Act (PDSA) Cycle. Disponible en: <https://www.deming.org/theman/theories/pdsacycle>
49. The world health report 2008: primary health care now more than ever. 1. World health – trends. 2. Primary health care – trends. 3. Delivery of health care. 4. Health policy. World Health Organization 2008.
50. The World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage. 1. World health - trends. 2. Universal coverage. 3. Health services accessibility. 4. Research. 5. Insurance, Health. World Health Organization 2013.
51. The World Medicines Situation. World Health Organization 2004.
52. Vargas, Q. M. E. y Aldana, V. L. (2007) Calidad y Servicio. Conceptos y herramientas, Colombia, Universidad de la Sabana, ECOE.
53. Varo, J. (1994) Gestión Estratégica de la Calidad en Los Servicios Sanitarios: Un Modelo de Gestión de la Calidad. España, Díaz de Santos.
54. Villa Barragán, J.P.; Arvizu Álvarez, A.; Calderón Colín, F.; Ortiz Hernández, R.; Núñez Vázquez, P.; 2011 Guía para la elaboración de proyectos estratégicos en Servicios de Salud. Con enfoque a Marco Lógico. Material del Diplomado Planeación Estratégica. ISBN: 978-G07-7925-17-0. Disponible en: http://www.pediatrica.gob.mx/marco_logico.pdf
55. World health statistics 2015. 1. Health status indicators. 2. World health. 3. Health services - statistics. 4. Mortality. 5. Morbidity. 6. Life expectancy. 7. Demography. 8. Statistics. World Health Organization 2015.



Desarrollo y coordinación editorial

Lic. Marcela Sánchez Zavala

*Subdirectora de Acreditación y Garantía de Calidad
Encargada de la Dirección de Evaluación de la Calidad y la
Dirección de Seguridad del Paciente*

Lic. Francisca Patricia Vázquez Guerrero

Jefa de Departamento de Sistemas de Reconocimiento

Lic. Alejandra E. Arciniega Torres

Jefa de Departamento de Sistemas de Reconocimiento

Dr. Blas Roberto Hernández Lagunes

Médico Especialista

Profr. Luis David Soriano Zavala

Diseño

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Unidad de Análisis Económico

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Av. Marina Nacional 60

Col. Tacuba, D. T. Miguel Hidalgo

C.P. 11410, Ciudad de México



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



Unidad de Análisis Económico

Dirección General de Calidad y Educación en Salud