



UNIVERSIDAD LA SALLE

FACULTAD DE NEGOCIOS

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría
de Educación Pública según acuerdo número 974225
de fecha 25 de julio de 1997

ESTUDIO DE CASO

**“FACTORES COMUNICACIONALES QUE AFECTAN EL
PROCESO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN
CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
Y SU PROPUESTA DE CORRECCIÓN”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE LA
SALUD**

PRESENTA:

CARLOS MANUEL MORALES OCANA

Asesor: MTRO. CUAUHTÉMOC ALBERTO TENOPALA GRANADOS

Ciudad de México a, 29 de julio de 2024

Ciudad de México, a 11 de julio de 2024.

MTRO. GABRIEL NUÑEZ GONZÁLEZ
DIRECTOR DE GESTIÓN ESCOLAR
UNIVERSIDAD LA SALLE
P R E S E N T E

Le informo que el (la) C.

CARLOS MANUEL MORALES OCAÑA

Egresada (o) de la Facultad de: **Negocios**

de la **UNIVERSIDAD LA SALLE**, de la Maestría en:

ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

Con reconocimiento de validez oficial de estudios de la Secretaría de Educación Pública
según acuerdo número 974225 de fecha 25 de julio de 1997

Ha elaborado el trabajo de Estudio de caso titulado: **"FACTORES COMUNICACIONALES QUE AFECTAN EL PROCESO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU PROPUESTA DE CORRECCIÓN"**

De conformidad con la modalidad para la obtención de grado aprobada para esta Maestría de acuerdo a lo establecido en el Reglamento General de las Universidades La Salle Integrantes del Sistema Educativo de las Universidades la Salle.

Cumplió con todos los requisitos y el trabajo que fue elaborado bajo la conducción de Mtro. Cuauhtémoc Alberto Tenopala Granados que fungió como asesor, tiene la calidad suficiente para ser la base de sustentación de su Examen de Grado por lo que se le autoriza presentarlo.



Mtro. Markel Israel Lehman Elizondo
Director de la Facultad de Negocios

DEDICATORIA

Gracias...

Gladys, conocerte en la vida y compartir juntos todos estos años, ha sido el mejor regalo que Dios pudo haberme dado, fue recibir la mágica medicina que curó todos mis males, tu apoyo incondicional y tu amor me han sanado. Recuerda: ¡Siempre juntos!

Carol y Carlos, ambos son el motor más potente de mi existencia, por ustedes todo, nada ha sido fruto de la casualidad ni el azar, estoy orgulloso de ustedes, son claro testimonio de mi paso terrenal por este mundo.

Carlos, finado padre, donde estés quiero que sepas que lo más que anhelé en la vida fue honrarte a través de mi esfuerzo, gracias por enseñarme el camino, estamos en paz.

María Luisa, querida madre, por tu amor incondicional y total, te agradezco por la oportunidad de vivir y trascender a través de tu empeñoso ejemplo.

Hermanos Diana Catalina, Gabriela y José Luis, por su cariño y filial apoyo de siempre.

José Alfredo J. Douglas, por mostrarme las herramientas administrativas en salud, tan necesarias para nuestro diario quehacer.

Maestros Cuauhtémoc Tenopala, Gabriel Gómez y Doctora Blanca Estela Vargas, por sus valiosos y acertados consejos para la conclusión de este trabajo.

Índice

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
III. OBJETIVOS.....	10
GENERAL.....	10
ESPECÍFICOS.....	10
IV. JUSTIFICACIÓN.....	11
V. SUPUESTOS.....	12
VI. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL	13
VII. METODOLOGÍA.....	18
VIII. DESARROLLO	21
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
a) <i>Perfil sociodemográfico</i>	24
b) <i>Perfil epidemiológico</i>	30
c) <i>Perfil de consumo de medicamentos</i>	34
d) <i>Aplicación d e l Balance Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI)</i> <i>y entrevistas a informantes clave</i>	36
e) <i>Resultados de la metodología rastreadora para revisión del proceso de gestión de</i> <i>medicamentos (PGM) en el CMAICGAM</i>	41
X. CONCLUSIONES.....	47
ANEXOS	48
BIBLIOGRAFÍA	51

“FACTORES COMUNICACIONALES QUE AFECTAN EL PROCESO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTO EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU PROPUESTA DE CORRECCIÓN”

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos 25 años la prestación de la atención médica dentro los servicios de salud institucional han cambiado, pasando de ser un mero otorgamiento de consulta y prescripción de medicamentos a conceptualizarse como verdaderos modelos de gestión y calidad al igual que cualquier organización de servicios, sea pública o privada; no debemos dejar de lado que, independiente del grado de tecnificación con el que se preste esa atención, el factor humano es determinante en los resultados finales de los procesos.

En ese orden de ideas, se debe puntualizar que la administración moderna hace énfasis que uno de los activos más valiosos de cualquier organización son sus recursos humanos (Navarro Reynoso y Navarro Murillo, 2008), dichos recursos humanos conviven entre sí, interactuando y activando diversos procesos que agregan valor en la atención de los pacientes, más aún en aquellas instituciones que han alcanzado un alto grado de crecimiento y madurez administrativos.

Es por ello que conceptos como *calidad total*, gestión de *procesos*, implementación de *procedimientos*, control de *variables* y evaluación de *indicadores* que permiten evaluar metas y alcances, cobran gran relevancia para la administración de las organizaciones modernas de salud.

No obstante, al margen del valor que todas estas condiciones agregan a la comprensión y estudio de los procesos de negocio y/o atención de la salud, algunas instituciones han identificado nuevas variables (que tradicionalmente no eran contempladas), tal es el caso del Hospital Gorliz¹:

Cuando hizo la reflexión estratégica que dio lugar al Plan Estratégico 2014-2020, identificó la gestión de la comunicación como un elemento fundamental. Lo anterior

¹ Éste es un hospital público inaugurado en 1919, que se encuentra dentro del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, en Vizcaya, España.

fue visualizado como un vehículo para garantizar y ayudar a conseguir todos los objetivos, emociones y proyectos que se abordasen. Por ello, en el mapa de procesos del hospital se estableció el *Proceso de Comunicación como estratégico* (Hospital Gorliz, 2017).

Ahora bien, otra circunstancia que debe ser tomada en consideración es el hecho de que cada institución posee características intrínsecas que le confieren un carácter único y muchas veces irrepetible, sobre todo aquellas dedicadas al cuidado de la salud integral de ciertos grupos poblacionales (adultos mayores, niños en sus diferentes edades, pacientes con cáncer, etc.).

Tal es el caso del *Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet”* (CNMAICGAM), el cual depende de la Dirección de Centros Gerontológicos y Centros Recreativos del *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia* (SNDIF), en la Ciudad de México. Conviene hacer mención que dicha institución en sus inicios simplemente se circunscribió, dentro del ámbito de sus competencias, a un limitativo concepto de “Casa para Ancianos Arturo Mundet”.

Imagen 1.

Fachada inicial de la Casa para Ancianos Arturo Mundet



Fuente: Imagen recuperada de Valderrama, G. (25 de agosto de 2017).

Imagen 2.
Patio principal-estacionamiento



Fuente: Imagen recuperada de Valderrama, G. (25 de agosto de 2017).

Respecto a la historia y los fines de esta casa geriátrica, el diario *El Universal* realizó una detallada revisión que se retoma parcialmente para los fines de este trabajo:

La “Casa para Ancianos Arturo Mundet”, bautizada inicialmente así en 1940, se ubicaba en la Avenida San Ángel 78, Villa Obregón [...] la antigua avenida San Ángel se trasformó en Avenida Revolución [...] y la Villa de Obregón se convirtió en la actual delegación Álvaro Obregón.

La “Casa de Ancianos” patrocinada por el empresario español Arturo Mundet tiene su relevación en el ámbito de la Asistencia Social, pues fue la primera institución de este tipo en construirse expresamente para atender a dicha población en la Ciudad de México. Según advierten diferentes textos sobre el tema, las personas mayores no eran atendidas como un grupo, pues se perdían entre las diversas comunidades vulnerables, que incluía a niños, mujeres y enfermos de todo tipo.

Arturo Mundet falleció en México en 1965, a los 86 años, no sin antes fundar instituciones filantrópicas como edificios de Maternidad con su apellido y casas de ancianos que incluyen los asilos "García Torres" y "Arturo Mundet", que hoy en día siguen prestando servicios.

Según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), Adultos mayores son aquellas personas que cuenten con sesenta años o más edad.

De acuerdo con cifras recientes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en México existen más de 8 millones de adultos mayores, de los cuales 876 mil habitan en la Ciudad de México, que representan 10.5% del total de población nacional. Conforme las proyecciones de CONAPO la esperanza de vida de las personas alcanzará 81.9 años en 2050 y las mujeres vivirán más que los hombres.

De acuerdo con información del DIF, en 1982, por decreto presidencial la asistencia social formaría parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y es así como la Casa Hogar para Ancianos “Arturo Mundet”, modificó su organización y conformó un modelo de atención multidisciplinario.

Imagen 3.
Vista del moderno consultorio dental



Fuente: Imagen recuperada de Valderrama, G. (25 de agosto de 2017).

A partir del 1989, en la Casa Hogar inició la atención a adultos mayores externos, situación que benefició a ancianos que tenían la posibilidad de continuar en su núcleo familiar, pero que requerían de la atención especializada en ámbitos como la geriatría y la gerontología, dando lugar a programas como Atención de Día, y la orientación a familiares y /o responsables de Adultos Mayores sobre las características biopsicosociales del Adulto Mayor.

Actualmente [...] el Centro Gerontológico se considera un Modelo Nacional de Atención perteneciente a la Subdirección General de Asistencia e Integración Social, a la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social y a la Subdirección de Servicios Asistenciales², es uno de los cuatro centros de atención a adultos mayores que administra el DIF, entre los que se encuentran: el Centro Gerontológico “Vicente García Torres”, en la delegación Azcapotzalco de la Ciudad de México, la Casa Hogar para ancianos “Olga Tamayo”, en el estado de Morelos y la Casa Hogar para Ancianos “Los Tamayo”, en el estado de Oaxaca.

Para ser beneficiario en alguna de estas casas del DIF, se debe ser una persona mayor de 60 años o más; sujeta de asistencia social en desamparo, marginación o sujetos a maltrato, conforme a la Norma; no ser portadora de enfermedades infectocontagiosas; aceptar y presentarse a las valoraciones social, médica y psicológica; expresar mediante escrito libre su deseo manifiesto de ingreso; funcional física y mentalmente para el desarrollo de las actividades de la vida diaria; si presenta alguna discapacidad que ésta les permita incorporarse a los programas de atención integral del Centro, y la vida en comunidad (Valderrama, 2017).

Otro dato que conviene resaltar es que el SNDIF, a través de sus modelos de atención gerontológica, brinda servicios integrales a los residentes que los habitan como son: vivienda, comida, calzado, ropa, servicios médicos, medicamentos y servicios preventivos y recreativos durante las 24 horas, los 365 días del año.

La población beneficiada del CNMAICGAM son adultos mayores de 60 años y más, que por condiciones de vulnerabilidad ya sea por maltrato, abandono o violencia, ingresaron ahí. Al momento del corte de este estudio de caso (enero de 2022), citado centro atendía a 78 residentes, 51 mujeres y 27 hombres, respectivamente.

² Nota aclaratoria: El organigrama actual del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia ha cambiado, en el caso de los centros gerontológicos, se observa el siguiente tramo de control: Titular del SNDIF, Jefe de Unidad de Asistencia e Integración Social, Director General de Integración Social, Director de Centros Gerontológicos y Campamentos Recreativos y finalmente una Subdirección de área (en este caso del CNMAICGAM) con sus respectivas cuatro jefaturas de departamento (Médica-Geriátrica, Psicogerontológica, Administrativa y de Trabajo Social) (SNDIF, 2021).

Imagen 4.
Farmacia



Fuente: Imagen recuperada de Valderrama, G. (25 de agosto de 2017).

El centro cuenta con un equipo multidisciplinario, compuesto por diferentes puestos de trabajo como son: director, jefes de departamento, médicos, enfermeras, rehabilitadores físicos, trabajadores sociales y gericultistas entre otros profesionales titulados (y en formación) que otorgan acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y recreativas. Conviene hacer mención que el número de trabajadores por rama ha variado considerablemente, sobre todo durante el periodo 2021-2022, ya que aunque existía una plantilla de trabajadores de base, en diferentes momentos se procedió a la contratación de personal temporal de honorarios (principalmente de médicos y enfermeras), sobre todo en el punto más álgido de la pandemia por SARS-CoV2, ya que dicha condición sanitaria en su momento afectó a más de la mitad del personal que atiende a los residentes del centro.

Es importante destacar que todas las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud comparten características generales en muchos de sus procesos de atención, sin embargo, éstos pueden llegar a ser muy específicos dependiendo de la organización de la que se trate; en el caso del CNMAICGAM existen variables específicas, por ejemplo, el grupo poblacional con el que se trabaja, esto es, adultos mayores de 65 años que lo vuelven único y lo obligan a implementar determinadas acciones de gestión ya sea de forma eventual o permanente.

Dichas acciones se inscriben en un modelo de gran complejidad estructural de la atención médica, el cual involucra procesos, subprocesos y procedimientos. En el caso específico del *Proceso de Gestión de Medicamentos* (PGM), participan numerosos puestos de trabajo, a saber: directores, subdirectores, jefes de departamento, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, administradores, choferes, nutriólogos, etc. Conviene destacar que este procedimiento comienza desde la identificación de una necesidad de prescripción de un medicamento hasta la ministración del mismo al usuario final del servicio de salud (paciente).

El PGM inherentemente conlleva la necesidad de contar con recursos económicos e insumos oportunos, por ello dicho proceso debe ser comprendido a cabalidad, debiendo ser desagregado en procedimientos suficientemente claros, que sean garantes de la cobertura de estas necesidades. Conviene mencionar que muchos de estos procedimientos se pueden acelerar o desacelerar, incluso nulificar ante una comunicación poco asertiva.

II. PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el caso específico la institución en estudio, el cien por ciento de los residentes que ahí son atendidos tienen más de 65 años, llama la atención que independientemente que se trate de una institución de asistencia social, algunos de ellos cuentan con cobertura de protección social en salud, por filiación a alguna institución de seguridad social como son: el *Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*, *Servicios de Salud de Pemex*, etc., esto aunado al hecho que muchos de ellos son portadores de una, dos o más comorbilidades por lo que inherentemente requieren terapias medicamentosas múltiples. Todo lo anterior resulta en una condición multifactorial al momento de la gestión de medicamentos.

Independientemente que el marco legal obliga al SNDIF al otorgamiento oportuno de consulta médica y medicamentos, de forma reiterada se perciben retrasos, desviaciones u omisiones en estos procesos, por lo que es importante explorar cuáles son los factores comunicacionales que generan retrasos u omisiones en el proceso de gestión de

medicamentos y cómo se podría estructurar una propuesta correctiva de los factores que generan dichos retrasos u omisiones en citado proceso; a partir de este análisis, generar una propuesta metodológica para la revisión del proceso comunicacional, en función de una oportuna gestión de medicamentos en el CNMAICGAM.

III. OBJETIVOS

General

- Analizar los factores comunicacionales que podrían dificultar el proceso de gestión de medicamentos en el Centro Nacional Modelo de Atención Investigación y Capacitación Gerontológica Arturo Mundet (CNMAICGAM) de la Ciudad de México.

Específicos

- a) Revisar las características demográficas y epidemiológicas de un grupo poblacional de residentes del CNMAICGAM, con el fin de caracterizar el patrón de consumo de medicamentos y la gestión institucional del mismo.
- b) Analizar el proceso de gestión para la solicitud, autorización, recepción y resguardo, así como una eficiente y oportuna administración de medicamentos a los residentes del CNMAICGAM.
- c) Identificar distintos subprocesos y/o procedimientos involucrados en el proceso de gestión de medicamentos y los diferentes departamentos del CNMAICGAM que participan en éstos.
- d) Identificar diferentes receptores y emisores que participan en la comunicación asertiva en procesos de atención y gestión de medicamentos para los residentes del CNMAICGAM.
- e) Aplicar una metodología descriptiva que permita identificar los procesos con disruptivas comunicacionales que ralenticen o limiten la oportuna gestión de medicamentos en el CNMAICGAM.

IV. JUSTIFICACIÓN

Una parte fundamental de la atención médica de los residentes del CNMAICGAM, corresponde a la gestión -no formalizada- del denominado *Proceso de Gestión de Medicamentos* (PGM), el cual de manera general puede ser acotado como el *conjunto de acciones que, una vez definida la terapéutica medicamentosa de un paciente, detona una solicitud (receta), surtimiento, recepción, resguardo y la eficiente y oportuna ministración de medicamentos al paciente.*

Es importante resaltar que en el ámbito de competencias del SNDIF, el *Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social* (MPDGIS) especifica la obligatoriedad que tiene la institución para la compra y ministración de medicamentos a los residentes, textualmente expresa:

Los residentes reciben de la institución una atención integral, cubriendo, sus necesidades básicas (artículos personales, medicamentos, etc.), lo anterior mediante cuota de recuperación con base en un estudio socioeconómico, es por esta razón que la institución no hará uso de los valores de los ancianos (pensión, tarjeta de pensión alimentaria³, otros)". (Dirección General de Integración Social, 2014)

Otro dato sobresaliente respecto a lo anterior, es el hecho que la prescripción de la terapéutica medicamentosa (que incluye la sustancia activa, posología, presentación, etc.) corre a cargo del médico tratante, ya sean estos médicos adscritos del propio centro gerontológico (SNDIF) o bien, si el caso amerita una intervención mayor y el residente cuenta con algún tipo de seguridad social, ésta puede ser otorgada por diferentes servicios institucionales de atención externa como son: *IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud del Gobierno Federal (SS) o la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SSCDMX)*, respectivamente.

³ El MPDGIS con relación al uso de esta tarjeta establece que *"Únicamente los adultos mayores funcionales y/o lucidos podrán hacer uso de la tarjeta de pensión alimentaria ya que es un beneficio otorgado por el Gobierno del DF, quien regula su propio reglamento. Cuando un beneficiario no pueda hacer uso de la tarjeta por cuestiones físicas o mentales, el Director del Centro Asistencial girará instrucciones a todo su personal para que den en resguardo la tarjeta al Departamento Administrativo y posteriormente la Trabajadora Social Tratante informará a la Educadora de la Salud del Gobierno del DF, para que esta realice la cancelación del beneficio en comento, por ninguna situación el personal adscrito al Centro Asistencial tendrá la facultad de hacer uso personal de este beneficio"*

De lo anterior, es importante señalar que, una vez concluida la atención del residente, ya sea consulta, interconsulta y/o procedimiento quirúrgico, según sea el caso, se disparan otros procedimientos propios de cada institución para el surtimiento de las recetas, situación que complica aún más la comunicación interinstitucional para efecto del seguimiento de la terapéutica prescrita a cada uno de ellos.

Cabe mencionar que, al buscar reglas de operación específicas para la gestión del medicamento, no se encuentran procedimientos documentados o bien, los actores involucrados los desconocen, así como el número de alternativas posibles. Con lo anteriormente expuesto queda evidenciada la inexistencia de controles administrativos, puesto que también impacta negativamente en el efectivo manejo de las enfermedades de los residentes y los consecuentes agravamientos y daños a la salud de los mismos.

Por lo anteriormente expuesto, resulta indispensable aplicar una metodología en dos sentidos, uno que permita realizar un análisis de factores comunicacionales que interfieren para identificar las rupturas en esta materia y otro análisis administrativo que permita secuenciar (mapear) de forma ordenada y sistémica la oportuna gestión de medicamentos en el CNMAICGAM.

Un estudio metodológico de citado proceso comunicacional, coadyuvará en la definición operacional de procedimientos específicos, así como en la reasignación de funciones del personal y las distintas áreas involucradas en el PGM.

V. SUPUESTOS

La ausencia de un modelo comunicacional en materia del proceso de gestión de medicamento en el CNMAICGAM, tiene un impacto negativo al interior de la organización para todos los actores involucrados ya que, por un lado, limita el conocimiento de la demanda real de medicamento para los residentes y por otro, obstaculiza la oportuna gestión de medicamentos a través de los procedimientos de solicitud, autorización, recepción y resguardo, además de una eficiente y oportuna ministración de los mismos a los residentes que los requieren con base a sus distintos padecimientos.

VI. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

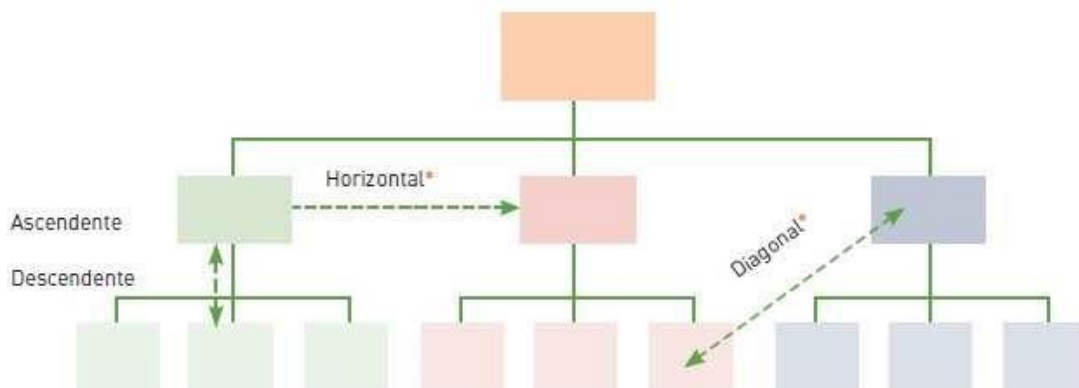
La existencia de conflictos entre los seres humanos es un hecho inevitable y, al interior de las organizaciones, uno de los factores que más conflictos genera es la *inconsistencia sistemática de la comunicación* (ISC), por lo tanto, esta dimensión en particular amerita que se le dedique un análisis minucioso con la finalidad de comprenderlo y una vez identificado es deseable gestionar la implementación de *planes de comunicación efectiva* (PCE), particularmente en las organizaciones de la salud.

El concepto clásico de comunicación denota un proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra por medio de códigos orales, escritos y otro tipo de señas; todas las formas de comunicación requieren un emisor, un mensaje y un receptor. Cabe señalar que, en las organizaciones, se aprecian diferentes tipos de flujo de comunicación dependiendo del modelo estructural de la misma, (esquema 1)

Cuando el flujo de la comunicación organizacional en salud se ve interrumpido, por ejemplo, en la falta de comunicación clara por parte de la alta gerencia hacia los subalternos, entre pares, entre médicos y enfermeras, etc. se generan problemas que impactan directamente en diferentes niveles, como son: ausencia de gestión oportuna de recursos, indicaciones médicas inadecuadas, daños a la salud de pacientes, etc.

Esquema 1.

Tipos de flujo de comunicación organizacional



Fuente: Imagen recuperada de Dorbaire Pymes y Emprendedores (25 de mayo de 2016) en <https://dorbaire.blogspot.com/2016/05/la-comunicacion-en-las-organizaciones.html>

Un PCE puede mejorar las relaciones entre los diferentes niveles orgánicos del hospital (alta gerencia, departamentos, personal médico y paramédico en el ámbito de su desarrollo profesional), así como también con los usuarios de los servicios de salud (pacientes y familiares) con la finalidad de impulsar transparencia, generar confianza y sentido de pertenencia a la organización.

Conviene mencionar que algunos autores han señalado que algunos conceptos comunicativos a menudo se confunden:

Con frecuencia se suelen equiparar dos conceptos *informar* y *comunicar*, no obstante, conviene señalar que “informar no es comunicar” (Wolton, 2013). Este último supone un proceso más complejo, si bien conlleva necesariamente la existencia de información (mensaje), plantea una dimensión sustancial la de la *relación* y por tanto la cuestión del *otro*. (Hospital Gorliz, 2017).

En un hospital de Israel en el año 2015, se documentó que la *no-integración del personal de salud en equipos cooperativos es un factor de insatisfacción el trabajo* que puede condicionar quiebres en la comunicación clara y efectiva, así como errores médicos y cuasi fallas⁴ (Shetach y et al, 2015).

En México, el *Grupo Ángeles Del Pedregal*, ha constatado que el adecuado manejo de la comunicación entre pacientes, familiares, colegas, personal de salud en formación y personal paramédico y administrativo, evita conflictos, errores y vulneración de la seguridad de los pacientes; también ha documentado que un manejo adecuado del expediente clínico, tanto en sus versiones física (Secretaría de Salud, 1999) como electrónica (Secretaría de Salud, 2012), debidamente apegado a la normatividad vigente representa una herramienta robusta de comunicación entre el personal de salud. Por lo anterior “es esencial que todo el personal de salud esté cuidadosamente capacitado para llevar a cabo el proceso comunicativo de manera confiable y eficiente”. (Ramírez Arias et al., 2011)

⁴ De acuerdo con la Secretaría de Salud federal, una *cuasi falla* es definida como una falta o error que no ocurrió. (Delgado Bernal y otros, 2009)

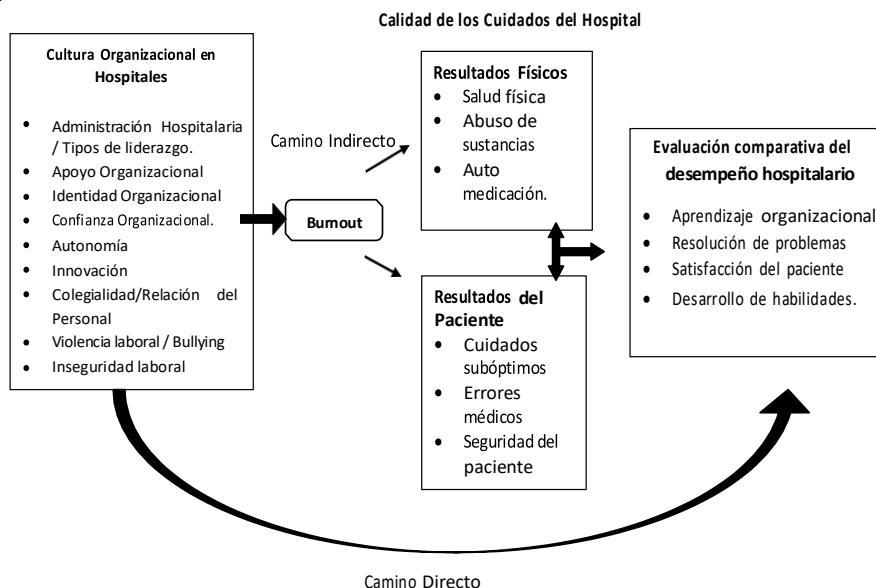
Adicionalmente, en un diagnóstico organizacional efectuado en un hospital del Estado de Hidalgo, se confirmó que alrededor del 75% del personal de salud padece estrés y señala el ambiente laboral como el origen de éste; es conocido que, si el estrés laboral se mantiene durante largos periodos de tiempo, éste puede convertirse en un problema crónico, denominado *Síndrome de Burnout* (SB) donde existen factores como el exceso de trabajo, mínimo uso de habilidades y desinterés.

El SB se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y una baja realización personal. Este problema, derivado del estrés, se presenta frecuentemente en trabajadores del sector salud y es propiciado por diversos factores organizacionales, lo cual impide el desarrollo de un ambiente laboral armónico y una adecuada comunicación en los distintos niveles jerárquicos. [...] se encuentra fuertemente vinculado a situaciones de conflicto de interés, ambigüedad del rol y falta de comunicación (Hernández, 2018)

A continuación, se presenta un modelo teórico (esquema 2) de cómo estos tres últimos conceptos pueden ser vinculados vía el impacto directo de factores organizacionales de la calidad de los cuidados y un impacto indirecto, vía el burnout experimentado por los médicos (Montgomery y otros, 2011)

Esquema 2.

Modelo conceptual que vincula el Síndrome de Burnout, la calidad de atención y la cultura organizacional



Fuente: Esquema recuperado del Plan de Comunicación 2017-2020, Hospital Gorliz. (2017).

Durante los últimos años en nuestro país, específicamente en el caso de los hospitales, se ha pugnado por la implementación de un modelo de calidad, a través del documento denominado *Estándares de Certificación Hospitalaria* (ECH) 2015 (edición 2018) del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); De éste es importante resaltar lo siguiente:

El Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM se diseña e implementa a través de estándares que están basados en el diseño y la implementación de *procesos seguros*, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela, para lo cual es necesario definir parámetros que sirvan como barreras de seguridad; el Modelo ha tomado el principio: “*la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias*”.

Cada *apartado o capítulo* está integrado por *áreas de enfoque*, las cuales son agrupaciones de Estándares relacionados entre sí, y a su vez, cada estándar está conformado por un Título, un Propósito y Elementos Medibles (EM). (Consejo de Salubridad General, 2018)

Para los fines de este trabajo es conveniente destacar dos capítulos de este documento, uno concierne al *Manejo y uso de Medicamentos* (MMU) y el otro a la *Gestión de la Comunicación y la Información* (MCI).

Cabe hacer mención que el capítulo MMU se encuentra contenido en el apartado de *Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente*, por su parte el capítulo MCI se encuentra en el apartado de *Gestión de la Organización*, esto último resalta la importancia que tienen cada uno de ellos en función del enfoque sistémico organizacional, ya que uno se enfoca a la atención médica directa de pacientes y el otro al cumplimiento de procesos administrativos que sean garantes de dicha atención.

En el propósito del capítulo *Manejo y uso de Medicamentos* (MMU) se destaca que:

Los líderes toman en cuenta la legislación aplicable vigente para desarrollar un *Sistema de Medicación* seguro y eficiente que integre a todas las áreas de la organización en las cuales se manejan y/o utilizan los medicamentos.

La organización desarrolla un *Sistema de Medicación* que abarca a toda la organización, es decir, todos sus servicios y tipos de pacientes a quienes brinda atención, además, este sistema, debe integrar cada una de las siguientes fases:

- Selección y adquisición;
- Almacenamiento;
- Prescripción;
- Transcripción,
- Distribución / Dispensación;
- Preparación;
- Administración;
- Control.

El objetivo del desarrollo e implementación del *Sistema de Medicación* es integrar los procesos clínicos y administrativos relacionados con el manejo y uso de los medicamentos para proporcionar una fármaco-terapéutica segura.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

- a) la planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas;
- b) la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad;
- c) la capacitación del personal;
- d) la supervisión integral de todo el sistema;
- e) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación;
- f) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con un enfoque multidisciplinario por una persona o un grupo de personas con las competencias necesarias. La implementación de este sistema no sólo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino de toda la organización. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos de la organización. La supervisión del sistema involucra a todo el establecimiento, los servicios de hospitalización, ambulatorios y de especialidades incluyendo todas las fases y procesos (clínicos y no clínicos) que conforman el Manejo y Uso de los Medicamentos (MMU). (Consejo de Salubridad General, 2018)

En el propósito del capítulo de *Gestión de la Comunicación y la Información* (MCI) se destaca que:

La información se genera y se utiliza durante los procesos clínicos y de gestión de un hospital. La capacidad de captar y proporcionar información requiere de un proceso efectivo.

El proceso incorpora aportes de varias fuentes:

- los prestadores de atención;
- los líderes y responsables de áreas del establecimiento; y
- las personas ajenas a la organización que necesitan o requieren datos o información sobre el funcionamiento y los procesos de atención del hospital, por ejemplo, instituciones, servicios subrogados, aseguradoras, entre otros.

El proceso toma en cuenta la misión del establecimiento, los servicios prestados, los recursos, el acceso a la tecnología y el apoyo para una comunicación coordinada entre el equipo multidisciplinario de atención. El proceso es adecuado para el tamaño del establecimiento, la complejidad de los servicios y la disponibilidad de personal capacitado, y demás recursos humanos y técnicos.

El proceso incluye la determinación de los datos y la información que deberán de manejarse de manera estandarizada de tal forma que puedan agruparse, categorizarse y analizarse para identificar patrones y tendencias. (Consejo de Salubridad General, 2018)

VII. METODOLOGÍA

Para poder comprender la selección de herramientas metodológicas utilizadas en este estudio de caso (EC), es conveniente recordar las preguntas de investigación que guiaron dicho estudio:

- a) ¿Cuáles son los factores comunicacionales que generan retrasos u omisiones en el proceso de gestión de medicamentos?
- b) ¿Cómo se podría estructurar una propuesta correctiva de dichos factores en citado proceso?

Así entonces, para poder realizar el abordaje metodológico del planteamiento del problema se definió lo siguiente:

a) Tipo de estudio: Descriptivo, observacional y transversal.

b) Población de estudio:

- Adultos mayores de más 60 años, residentes del CNMAICGAM vigentes en padrón entre los meses de mayo y junio del año 2021.
- Departamentos y puestos de trabajos involucrados en la atención de salud de residentes (específicamente en lo que respecta al proceso de gestión de medicamentos)

Para la recolección de datos del presente EC se recurrió a la revisión de fuentes primarias, *expedientes médicos y kardex de medicamentos*⁵, esto para conocer datos sociodemográficos, el perfil epidemiológico y el patrón de consumo de medicamentos de la población en estudio, residentes en el CNMAICGAM.

En lo que respecta al estudio de los factores comunicacionales que impactan directamente en la gestión de los medicamentos, esto fue motivo de una profunda reflexión, ya que el CNMAICGAM es una institución de asistencia social y de salud que cuenta con características peculiares, por lo que para el análisis organizacional de las inconsistencias sistémicas de la comunicación en el contexto del PGM, se determinó utilizar una herramienta administrativa específica denominada lacónicamente “Cuadro de Mando”.

⁵ Tanto los expedientes médicos (ubicados en el área del archivo) como el kardex de medicamentos (ubicados en las áreas de enfermería y de ambulantes, hombres y mujeres, respectivamente) fueron revisados observando en todo momento los principios de confidencialidad y de reserva de la información.

El modelo de *Balance Scorecard (BSC)* o *Cuadro de Mando Integral (CMI)* es considerado dentro de las escuelas de Desarrollo Organizacional como una de las diez mejores herramientas diagnósticas a nivel mundial (Anand, 2016) y en términos generales, es una excelente opción para la gestión de diagnóstico de las unidades de salud en el sector público en México (Esquema 3).

En la verificación realizada al interior del CNMAICGAM, es evidente que existen problemas de comunicación similares a los referidos en la literatura, conviene señalar que al no haber sido posible realizar un test de clima organizacional que nos permitiera puntualizar con mayor exactitud la magnitud de este problema, fue necesario recurrir a entrevista con algunos *informantes clave*⁶ y observación directa del PGM, a través de una *metodología rastreadora*⁷. A continuación, se muestra un esquema clásico del CMI, con sus cuatro perspectivas, mismo que finalmente fue necesario adaptarlo para los fines de este EC.

Esquema 3

Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balance Scorecard (BSC)



Fuente: Esquema recuperado de: <https://www.grupobit.net/> (s/f)

⁶ Este concepto se inscribe en el llamado “Modelo Obrero Italiano, el cuál jerarquiza la subjetividad del conocimiento del colectivo de trabajadores, generado a partir del consenso. La unidad básica productora del conocimiento, es el grupo de trabajadores que viven diariamente las mismas condiciones de trabajo y acumulan su experiencia y la de los trabajadores que lo precedieron. Esta unidad básica es denominada grupo homogéneo [...] Este modelo, de alguna manera, se basa en determinados principios de la investigación participativa” (Tomasina y Stolovas, (s.f.))

⁷ La metodología rastreadora nace de la necesidad de enfocar los procesos de auditoría en los sistemas de operación críticos para la calidad y la seguridad de los pacientes. Esta actividad de **seguimiento** permite evaluar los sistemas y procesos de la organización que intervienen y pueden representar **riesgos** en el cuidado al paciente. Se encuentra descrita en el *Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales* (enero, 2009)

De forma abreviada debemos mencionar que cada recuadro corresponde a una *perspectiva*, a saber:

- **Visión estratégica:** Corresponde a todos los elementos que se relacionan con la llamada “cultura organizacional” (visión, misión, objetivos y políticas de calidad, etc.)
- **Clientes:** Corresponde a los pacientes o residentes del CNMAICGAM y responde a la pregunta, ¿cómo perciben éstos a la institución?
- **Procesos internos:** Se refiere a la revisión interna para mejora continua del diario quehacer y responde a la pregunta, ¿en qué procesos se debe ser excelentes para responder a los residentes?
- **Finanzas:** Esta perspectiva se refiere a la salud financiera de la institución y responde a la pregunta, ¿cómo perciben las autoridades superiores la administración del CNMAICGAM para asegurar su éxito financiero?
- **Fortalecimiento y crecimiento:** Engloba conceptos de sustentabilidad y capacidad de cambio para poder mejorar el trabajo diario y alcanzar la visión organizacional, responde a la pregunta, ¿cómo se puede aprender para crecer y prosperar?

Conviene mencionar que no existe un modelo único de CMI, éste puede ser adaptado de acuerdo a las distintas necesidades de estudio de las organizaciones, idealmente se deben tratar de agotar otras esferas o perspectivas que ayuden a profundizar sobre el conocimiento global de las mismas (Anexo 1).

VIII. DESARROLLO

En función de las condiciones del centro de trabajo elegido para llevar a cabo este estudio de caso (EC) se identificaron varios obstáculos para su abordaje metodológico; por un lado, el EC inicialmente había sido planeado para ser de tipo analítico, es decir definiendo y midiendo ciertas variables a través de la construcción de índices de eficacia y/o eficiencia, sin embargo al momento que se tuvo acceso a la información del centro gerontológico, en los meses de mayo y junio, respectivamente, del año 2021, el país y particularmente la Ciudad de México (CdMx), aún se encontraban con las restricciones y limitaciones derivadas por la pandemia por virus SARS-CoV2, lo que dificultó el acceso a la información.

Respecto de lo anterior, es importante resaltar que el centro gerontológico en estudio registró un brote de casos por esta misma entidad patológica que resultó en el contagio y defunción de varios residentes entre los años 2020 y 2021, respectivamente⁸. Esto condicionó que el Gobierno de la República, en este caso a través de las autoridades del SNDIF, implementara las medidas emergentes de “Nueva Normalidad” retirando de inmediato a gran parte de su personal de base por ser mayores de edad o personal vulnerable.

Luego entonces, ante la necesidad de continuar operaciones del CNMAICGAM, de forma emergente se contrataron los servicios de personal temporal de horarios en todas las áreas, médicas, de enfermería, trabajo social, cuidadoras gerontológicas, etc., esto con el consecuente desconocimiento de las políticas y procedimientos propios de la institución referentes al cuidado de los adultos mayores.

Por otro lado, limitaciones de tiempo⁹, impidieron la realización de un estudio de tipo prospectivo (a largo plazo) y otros factores como la imposibilidad de control de ciertos factores (como la asistencia irregular del personal al trabajo) limitó el diseño de un modelo analítico.

Por lo anterior, se consideró que un *estudio descriptivo*¹⁰ y transversal tendría mejores resultados para el abordaje metodológico de las preguntas de investigación.

⁸ A principios del año 2021, el censo de beneficiarios en el CNMAICGAM ascendía a 116 residentes, de los cuales en ese mismo año se registraron 33 defunciones, 07 por Neumonía por Covid y 14 con el diagnóstico de “Insuficiencia Respiratoria Aguda” (IRA), presumiblemente como complicaciones de la infección no confirmada por virus SARS-CoV2; asimismo en 2021 se registraron 05 defunciones, 02 igual por IRA sin la confirmación de agente causal y 03 por otras causas.

⁹ Se debe recordar que para este estudio de caso sólo se contó con dos meses de acceso efectivo a la información, además las limitaciones ya comentadas anteriormente.

¹⁰ Son un tipo de estudio que solo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables asociadas y respecto de la cual no existen hipótesis centrales. Quizás se tiene un grupo de hipótesis que se refiere a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población, a través de la estrategia de estructuras operativas que permitan conocer la magnitud del problema (Méndez Ramírez y otros, 1996)

Ahora bien, para responder citadas preguntas, en primer lugar, se procedió a realizar una amplia búsqueda en la literatura acerca de la existencia o no de alguna experiencia similar a los fines de este EC y, en segundo, a revisar si se contaba con una herramienta o instrumento validado que ofreciera suficiente confianza para realizar la aplicación de la misma a los principales actores involucrados en el PGM.

Citada búsqueda arrojó dos situaciones, una que no existe una experiencia metodología similar para contextualizar un PGM en una institución con características similares al CNMAICGAM¹¹ y otra, que la herramienta más cercana para el citado abordaje metodológico son las encuestas que permiten la construcción de escalas tipo Likert:

Las escalas tipo Likert constituyen uno de los instrumentos más utilizados en Ciencias Sociales y estudios de mercado. No obstante, existe cierto debate sobre el formato de estas escalas para obtener datos de calidad [...] El concepto de calidad de los datos implica aspectos como la precisión, la oportunidad, la accesibilidad, la interpretabilidad o la coherencia durante su uso y gestión de los mismos. (Matas, 2018)

Las llamadas, escalas Likert son instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional (Bertram, 2008). Estos instrumentos suelen ser reconocidos entre los más utilizados para la medición en Ciencias Sociales (Cañadas y Sánchez-Bruno, 1998; Dawes, 1975). Este tipo de escala surgió en 1932, cuando Rensis Likert (1903-1981) publicó un informe en el que exponía cómo usar un tipo de instrumento para la medición de las actitudes (Likert, 1932; Edmondson, 2005) (Matas, 2018).

Al momento de la revisión bibliográfica para los fines del presente EC no existía ningún instrumento de encuesta para verificar los factores de comunicación específicos que se deseaban explorar como son: conocimiento total del proceso de gestión de medicamentos o número de procedimientos que deben ser atendidos por el personal

¹¹ Se debe aclarar que instituciones como el ISSSTE o el IMSS, sí cuentan con procesos específicos de gestión y surtimiento de medicamentos para derechohabientes, pero hay que recordar que el CNMAICGAM es una institución donde coexisten residentes derechohabientes de diferentes instituciones y otros que no cuentan con ningún tipo de asistencia social, sólo la que el propio centro gerontológico les proporciona dentro del alcance de sus competencias y presupuesto.

de salud para la satisfacción del usuario, o bien el uso de indicadores de gestión como por ejemplo el porcentaje de surtimiento de recetas institucionales.

Dicha herramienta tendría que haberse formulado exprofeso para estos fines y, aunque se hubiese podido elaborar y validar ese hipotético instrumento, también nos encontramos con el hecho que en el momento que se llevaba a cabo este EC había un restringido número de los colaboradores involucrados en el PGM que se encontraban trabajando en activo en el CNMAICGAM (aproximadamente el 20% del total del personal), esta situación fue producto de un acuerdo que durante el año 2019 se estableció entre las autoridades del SNDIF y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNTSNDIF) para la protección del personal de base por la pandemia del virus SARS-CoV2.

Finalmente, se decidió la implementación del Cuadro de Mando Integral (BSC) y se procedió a la revisión-gestión del mismo, complementando todo esto con la identificación general y particular del proceso de gestión de medicamentos, a través de la metodología rastreadora ya comentada anteriormente.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Perfiles sociodemográficos, epidemiológico y de patrón de consumo de medicamentos de los residentes en el CNMAICGAM.

Una vez agotada la revisión de fuentes primarias, *expedientes médicos* y *kardex de medicamentos*, al momento del cierre del estudio de caso, se identificaron los siguientes perfiles:

a) Perfil sociodemográfico

La población en estudio ascendía a 78 residentes (N=78), distribuida de la siguiente forma: 27 hombres (34.62%) y 51 mujeres (65.38%), respectivamente. Su edad promedio era de 81 años, con una edad mínima de 62 años y una máxima de 103 años, en cuanto

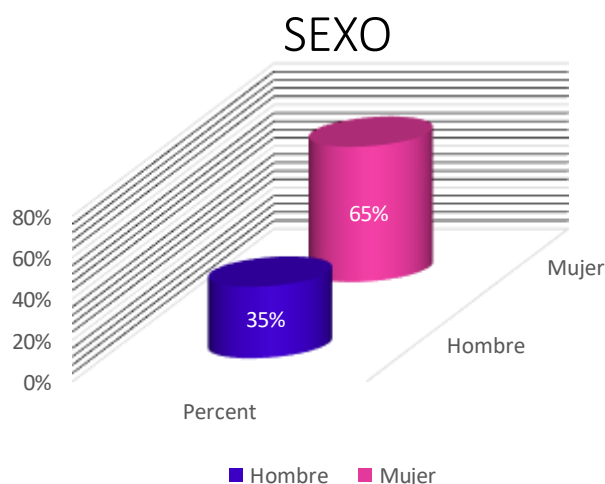
a los rangos de edad 34 residentes (43.59%) tienen entre los 60 a los 79 años y 44 de ellos (54.41%) eran mayores de 80 años.

Tabla 1. Número de residentes en el CNMAICGAM, de acuerdo al género, año 2021
(N=78)

Sexo	Freq	Percent
Hombre	27	35%
Mujer	51	65%
Total	78	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

Gráfica 1. Número de residentes en el CNMAICGAM, de acuerdo al género, AÑO 2021
(N=78)



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

En cuanto al nivel educativo el 29.49% son analfabetas, mientras que el 25.64% están alfabetizados, de los cuales el 3.85% tiene primaria incompleta, 12.82% primaria completa, 5.13% secundaria, 3.85% preparatoria, 6.41% carrera técnica, 1.28% carrera trunca, 2.56% licenciatura trunca, 2.56% licenciatura y el 6.41% no especificaron tener alguna formación académica (tabla 2 y gráfico 2).

Tabla 2. Número de residentes en el CNMAICGAM de acuerdo a escolaridad, año 2021

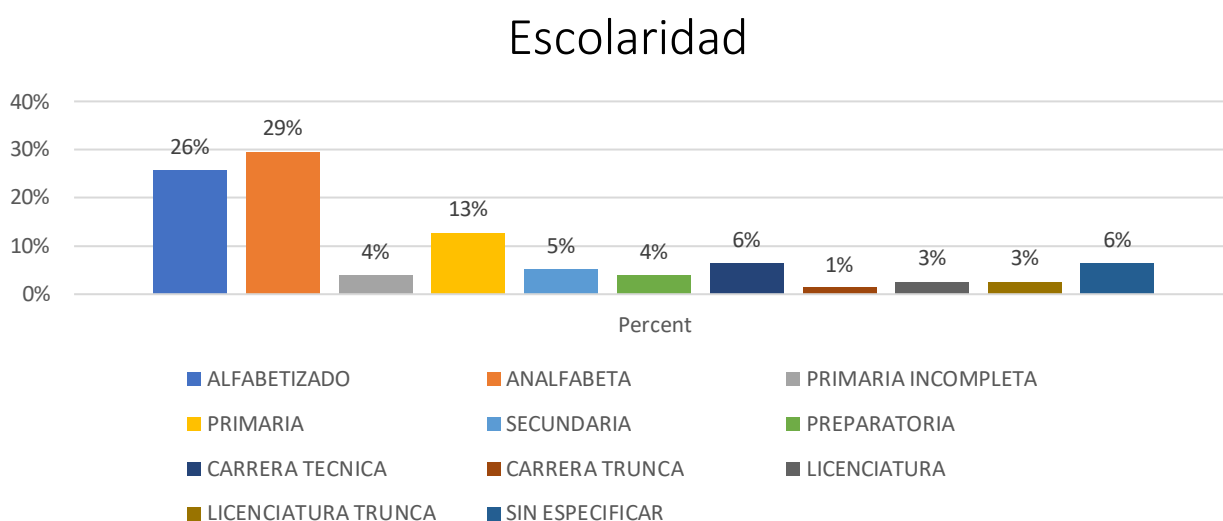
(N=78)

Escolaridad	Freq	Percent
ALFABETIZADO	20	26%
ANALFABETA	23	29%
PRIMARIA INCOMPLETA	3	4%
PRIMARIA	10	13%
SECUNDARIA	4	5%
PREPARATORIA	3	4%
CARRERA TECNICA	5	6%
CARRERA TRUNCA	1	1%
LICENCIATURA	2	3%
LICENCIATURA TRUNCA	2	3%
SIN ESPECIFICAR	5	6%
Total	78	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

Gráfica 2. Porcentaje de residentes en el CNMAICGAM, de acuerdo a escolaridad, año 2021

(N=78)



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

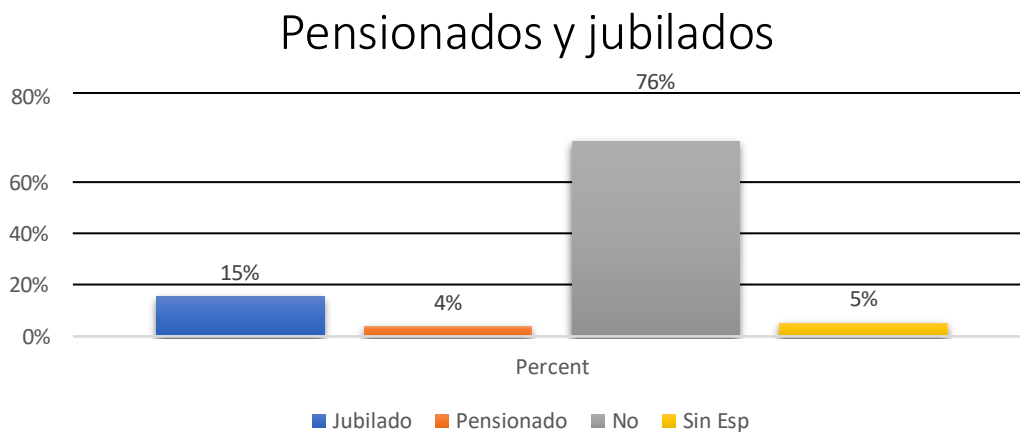
En el caso de la variable *jubilación o pensión* del total de residentes, el 75.64% indicó no contar con esa prestación económica, mientras que el 15.38% están jubilados, 3.85% están pensionados y el 5.13% no lo especificaron (tabla 3 y gráfico 3)

Tabla 3. Número de residentes en el CNMAICGAM con pensiones o jubilaciones, año 2021
(N=78)

Pen o Jub	Freq.	Percent
Jubilado	12	15%
Pensionado	3	4%
No	59	76%
Sin especificar	4	5%
	78	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

Gráfica 3. Porcentaje de residentes en el CNMAICGAM con pensiones o jubilaciones, año 2021
(N=78)



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

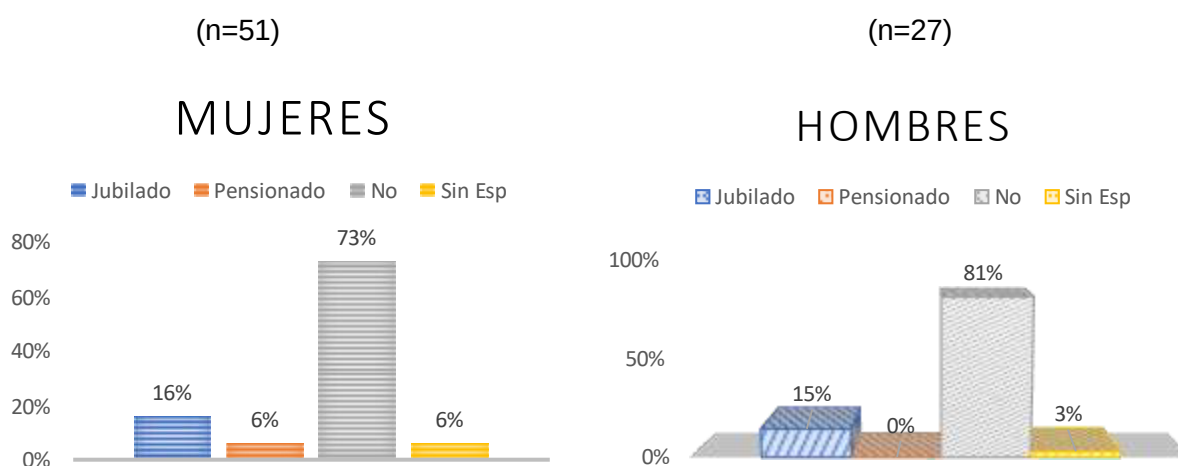
En cuanto a diferencias por sexo, las mujeres en este indicador, el 72.55% indicó no contar con ningún tipo de derechohabencia, mientras que el 15.69% están jubiladas, 5.88% están pensionadas y 5.88% no lo especificaron; en el caso de los hombres, el 81.48% indicaron no contar con ella, mientras que 14.81% estaba jubilado, ninguno está pensionado y sólo 1 de ellos (3%) no especificó (tabla 4 y gráfica 4)

Tabla 4. Número de residentes en el CNMAICGAM con pensiones o jubilaciones, según género, año 2021

Mujeres (n=51)			Hombres (n=27)		
Pen o Jub	Freq.	Percent	Pen o Jub	Freq.	Percent
Jubilado	8	16%	Jubilado	4	15%
Pensionado	3	6%	Pensionado	0	0%
No	37	73%	No	22	81%
Sin especificar	3	6%	Sin especificar	1	3%
	51	100%		27	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

Gráfica 4. Porcentaje de residentes en el CNMAICGAM con pensiones o jubilaciones, según género, año 2021



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

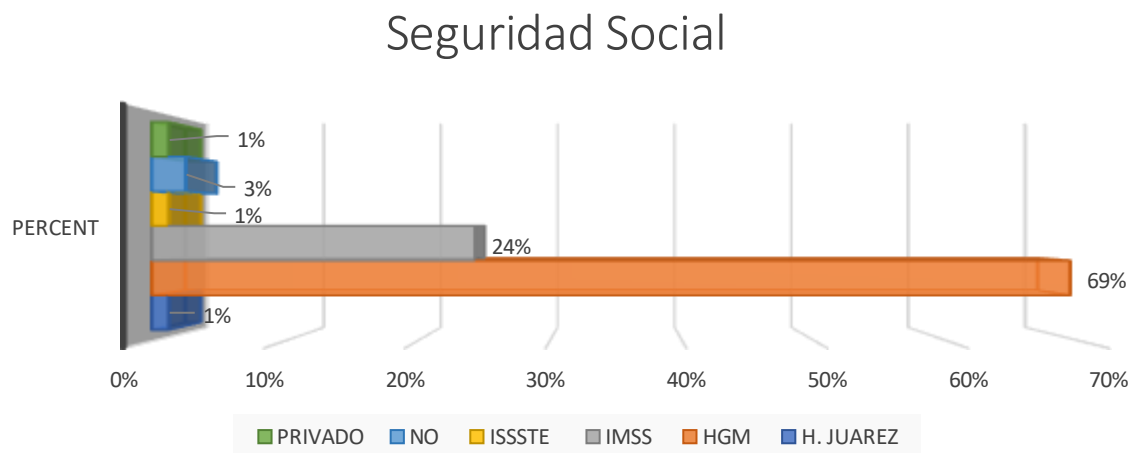
Con relación a la variable, *seguridad social*, los residentes del CNMAICGAM en ese momento eran atendidos de la siguiente forma: el 69.23% en el Hospital General de México (SS), 24.36% en el IMSS, 28% en el ISSSTE, 1.28% en servicios privados y sólo 2 de ellos (2.56%) no especificaron en donde se atendían (tabla 5 y gráfica 5).

Tabla 5. Número de residentes del CNMAICGAM, de acuerdo a derechohabiencia, año 2021
(N=78)

Seg Soc	Freq.	Percent
H. JUAREZ	1	1%
HGM	54	69%
IMSS	19	24%
ISSSTE	1	1%
NINGUNA	2	3%
PRIVADO	1	1%
	78	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

Gráfica 5. Porcentaje de residentes del CNMAICGAM, de acuerdo a derechohabiencia, año 2021



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

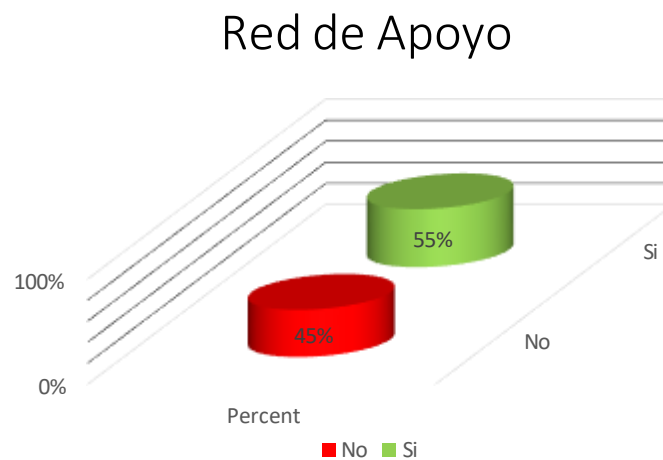
Con lo que respecta al indicador *red de apoyo* (familiares, representantes legales o conocidos), el 44.87% de los residentes refiere no contar con ella, mientras que el 55.13% si cuentan con soporte de red (tabla 6 y gráfica 6).

Tabla 6. Número de residentes del CNMAICGAM que cuentan con redes de apoyo

Red de apoyo	Freq	Percent
No	35	45%
Si	43	55%
	78	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

Gráfica 6. Porcentaje de residentes del CNMAICGAM con redes de apoyo, año 2021



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

b) Perfil epidemiológico

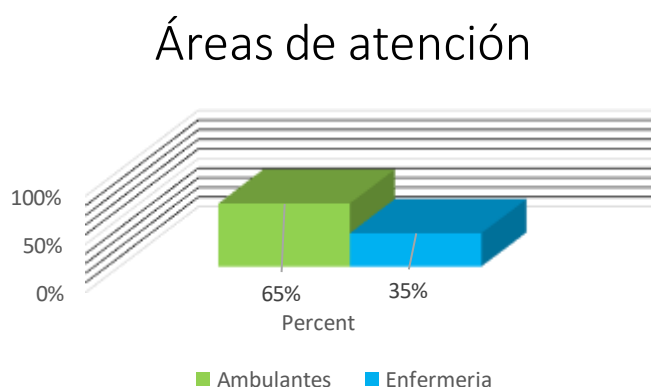
En lo que respecta a la atención de los residentes del CNMAICGAM, éste cuenta con dos áreas principales, la primera denominada de *ambulantes* en donde se encuentran las personas que pueden realizar sus actividades cotidianas y la segunda, denominada *enfermería* en donde se atienden a los adultos mayores que necesitan algún tipo de acompañamiento y/o atención médica, derivado de alguna comorbilidad que lo amerite, por lo que los residentes pueden pasar de una área a otra de forma indistinta y constante; en el mes de junio del año 2021, la distribución de los residente en ambas áreas en el centro se documentó de la siguiente manera: 51 residentes (65.38%) se encontraba en el área de ambulantes, mientras que 27 de ellos (34.62%) estaban en área de enfermería (tabla 7 y gráfica 7)

Tabla 7. Número de residentes en el CNMAICGAM, de acuerdo a su área de ubicación, año 2021

Área	Freq	Percent
Ambulantes	51	65%
Enfermería	27	35%
Total	78	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

Gráfica 7. Porcentaje de residentes en el CNMAICGAM, acuerdo a su área de ubicación, año 2021



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (mayo/junio, 2021)

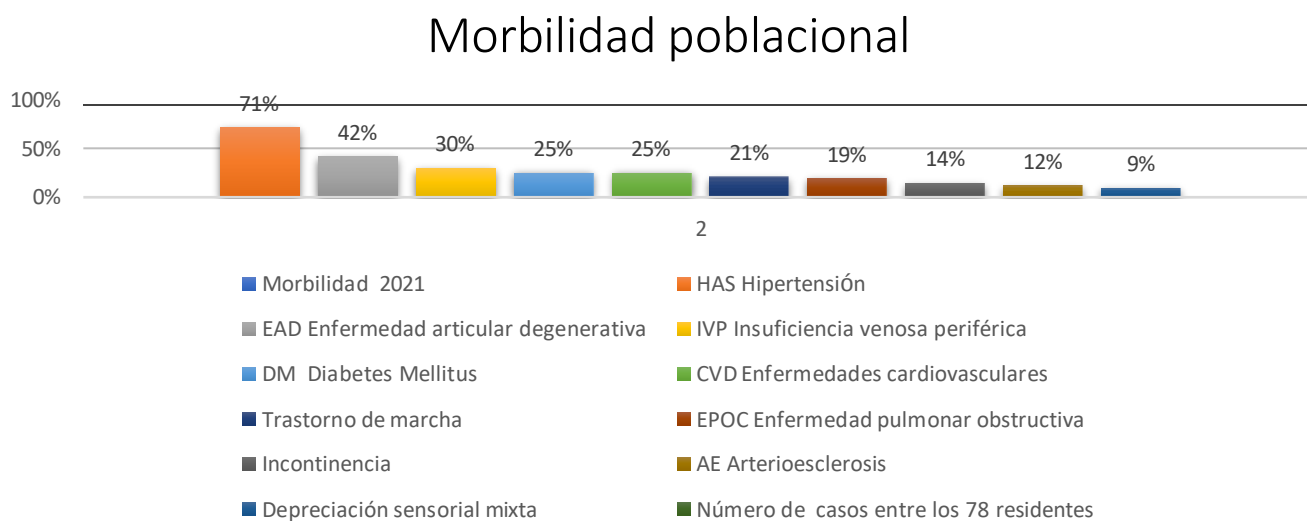
En cuanto a la *morbilidad general*, según lo encontrando en los expedientes para el periodo junio 2020-junio 2021, las principales comorbilidades encontradas en la población de residentes fueron las siguientes: 71.43% padecen hipertensión arterial, 41.46% enfermedad articular degenerativa, 29.87% Insuficiencia venosa periférica, 24.68% diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, respectivamente; asimismo, 20.78% padecen trastorno de marcha, 19.48% enfermedad pulmonar obstructiva, 14.29% Incontinencia urinaria, 11.69% arterioesclerosis y 9.09% depreciación sensorial mixta, respectivamente (tabla 8 y gráfica 8).

Tabla 8. Morbilidad general en el CNMAICGAM, periodo junio 2020-junio 2021.

Morbilidad 2021	Frec	Percent
HAS Hipertensión	55	71%
EAD Enfermedad articular degenerativa	32	42%
IVP Insuficiencia venosa periférica	23	30%
DM Diabetes Mellitus	19	25%
CVD Enfermedades cardiovasculares	19	25%
Trastorno de marcha	16	21%
EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva	15	19%
Incontinencia	11	14%
AE Arterioesclerosis	9	12%
Depreciación sensorial mixta	7	9%
Número de casos entre los 78 residentes		

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (junio 2020/junio, 2021)

Gráfica 8. Morbilidad general en el CNMAICGAM, periodo junio 2020-junio 2021



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (junio 2020/junio, 2021)

En cuanto al rubro de la *mortalidad* registrada durante el periodo enero-diciembre del año 2020, se presentaron 33 casos, registrados con las siguientes causas de defunción: 14 casos (42.42%) por Insuficiencia respiratoria, 7 casos (21.21%) por Neumonía (atribuida a Covid-19 como causa directa) e Infarto agudo, respectivamente; 2 casos (6.06%) por sepsis y un caso (3.03%) por choque cardiogénico, desequilibrio hidroeléctrico y muerte natural, respectivamente (tabla 9 y gráfica 9)

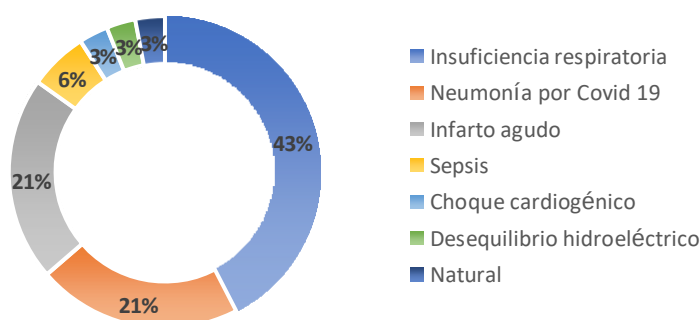
Tabla 9. Mortalidad específica, registrada en el CNMAICGAM durante el año 2020

Mortalidad 2020		
Causa de muerte	Freq	Percent
Insuficiencia respiratoria	14	42%
Neumonía por Covid 19	7	21%
Infarto agudo	7	21%
Sepsis	2	6%
Choque cardiogénico	1	3%
Desequilibrio hidroelectrolítico	1	3%
Natural	1	3%
Total	33	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (Ene-Dic, 2020)

Gráfica 9. Porcentaje de mortalidad específica, registrada en el CNMAICGA durante el año 2020"

Mortalidad 2020



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (Ene-Dic, 2020)

De acuerdo a los datos obtenidos para el rubro de *mortalidad* para el primer semestre del año 2021, se documentaron 05 defunciones con la siguiente distribución: 02 casos (40%) por Insuficiencia respiratoria¹², 02 casos (40%) por infarto agudo y un caso (20%) por tromboembolia, respectivamente (tabla 10 y gráfica 10)

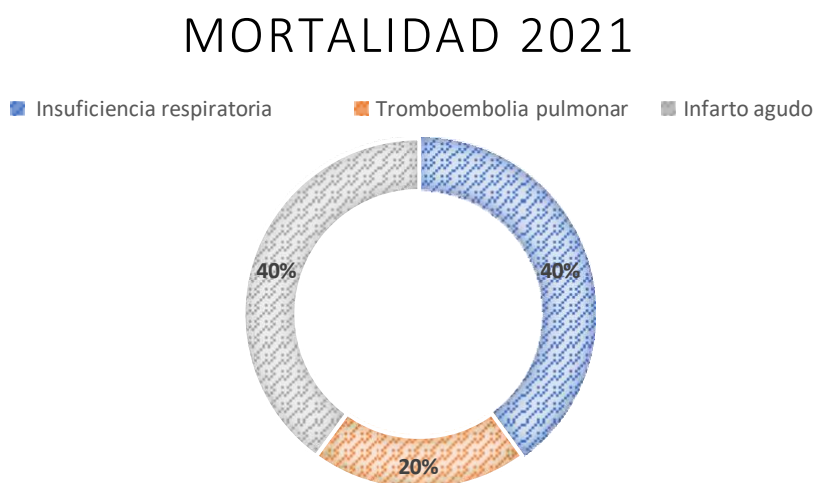
¹² Independientemente que estas defunciones están reportadas con esa causa de defunción, al revisar los certificados correspondientes se pueden apreciar que muy probablemente fueron causadas por SARS-CoV2, toda vez que, por asociación epidemiológica, en ese periodo aún nos encontrábamos en canal endémico de la pandemia y desafortunadamente no fueron debidamente confirmadas.

Tabla 10. Mortalidad específica, registrada en el CNMAICGAM durante el año primer semestre, año 2021”

Mortalidad 2021		
Causa de muerte	Freq	Percent
Insuficiencia respiratoria	2	40%
Tromboembolia pulmonar	1	20%
Infarto agudo	2	40%
Total	5	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (Ene-Jun, 2021)

Gráfica 10. Porcentaje de mortalidad específica, registrada en el CNMAICGAM, primer semestre del año 2021.



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (Ene-Jun, 2021)

c) Perfil de consumo de medicamentos

Otros resultados que fueron posibles obtener de la revisión de expedientes y kardex, durante el periodo ya comentado de junio 2020 a junio 2021, son los relacionados al consumo de medicamentos de los residentes en el CNMAICGAM, al respecto se identificó que 43 de ellos (55.13%) presentan *polifarmacia*¹³ (es decir, toman más de tres medicamentos al día), mientras que 35 (44.87%) no la presentan (tabla 11 y gráfica 11).

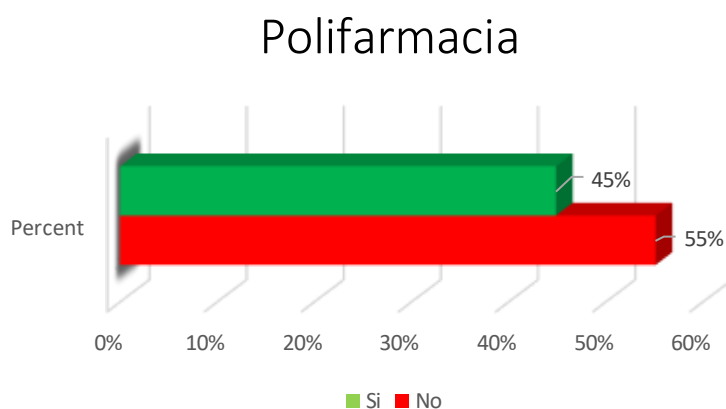
¹³ La Organización Mundial de la Salud considera polifarmacia a la ingestión de más de tres medicamentos al día, situación que es muy común en las personas mayores de 60 años, ya sea por dolores, enfermedades crónicas como la hipertensión o diabetes o por automedicación (Montes de Oca, 2012)

Tabla 11. Número de residentes consumidores de polifarmacia en el CNMAICGAM

Polifarmacia	Freq	Percent
No	43	55%
Si	35	45%
Total	78	100%

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (junio 2020/junio, 2021)

Gráfica 11. Porcentaje de residentes consumidores de polifarmacia en el CNMAICGAM



Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (junio 2020/junio, 2021)

Por otra parte, en cuanto al número *promedio de medicamentos consumidos por residente* éste es de 4.43%, englobándose en el concepto de polifarmacia, dicho consumo se distribuye de la siguiente forma: el 3.85% no toman ninguno; 6.41% toman uno; 11.54% toman dos; 14.1% toman tres; 19.23% toman cuatro, 16.67% toman cinco; 8.97% toman seis, 10.26% toman siete, 3.85% toman ocho; 2.46% toman diez; 1.28 toma once y 1.28 toma doce medicamentos, respectivamente (tabla 12).

Tabla 12. Número de medicamentos ministrados a residentes en el CNMAICGA en 24 horas

Cantidad de medicamentos por día	Freq	Percent
0	3	4%
1	5	6%
2	9	12%
3	11	14%
4	15	19%
5	13	17%
6	7	9%
7	8	10%
8	3	4%
10	2	3%
11	1	1%
12	1	1%
Total	78	100%
promedio	4.43	

Fuente: Jefatura de Departamento Médico Geriátrico, CNMAICGAM (junio 2020/junio, 2021)

d) Aplicación del Blance Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI) y entrevistas a informantes clave

Una vez definida la aplicación del modelo de BSC o CMI, se procedió a la recolección de la información requerida a través de la *entrevista a informantes clave*; los puestos de mando entrevistados fueron: la Subdirección de área y las Jefaturas de Departamento de Trabajo Social Geriátrico y de Administración, así como médicos y enfermeras, respectivamente, responsables directos del proceso de gestión de medicamento.

Dichas entrevistas directas incluyeron entre otros, cuestionamientos sobre funciones del personal, información relacionada a la cultura organizacional (Dirección de área del CNMAICG "Arturo Mundet", 2005), distribución de cargas de trabajo, datos financieros, proceso de gestión de medicamentos, etcétera; se describe a continuación:

Perspectiva de Visión Estratégica

Misión

Ser un Centro de Atención Gerontológica de excelencia para personas vulnerables de 60 años y más, que ofrezcan servicios integrales multi e interdisciplinarios, de calidad y amplio sentido humano, que satisfaga a los usuarios de los diferentes programas, así como a sus responsables y familiares, superando expectativas de vida y al mismo tiempo fortalecer a través de la formación de recursos y de la educación continua, la atención profesional a este grupo de población.

Visión

Ser la Institución Nacional rectora de las políticas públicas con perspectiva familiar y comunitaria, que hace de la asistencia social una herramienta de inclusión, mediante el desarrollo de modelos de intervención, teniendo como ejes la prevención, la profesionalización y la corresponsabilidad social.

Objetivos de calidad

1. Incrementar la satisfacción de los usuarios, familiares o responsables
2. Incrementar la percepción social respecto a la calidad de los servicios que se prestan
3. Favorecer su proceso de envejecimiento saludable que le permita su funcionalidad por más tiempo
4. Evaluar integralmente a cada Adulto Mayor determinando un plan interdisciplinario de atención acorde a sus necesidades, cultura, personalidad, creencias, culto e Ideología
5. Implantar proyectos de investigación que impacten en los resultados de los procesos de modelos de atención.
6. Formar recursos humanos para la atención especializada de Adultos Mayores y en valores humanos.

Políticas de Calidad Institucional

Nos comprometemos a cumplir nuestra misión y satisfacer las necesidades de los usuarios con transparencia, equidad y oportunidad mediante la profesionalización de los servicios, la mejora continua de los procesos y el cumplimiento de normas de calidad mundial, en un ambiente laboral de compromiso con la ciudadanía (Dirección de área del CNMAICG "Arturo Mundet", 2005)¹⁴

Perspectiva de procesos internos

Enfocando esta perspectiva hacia el tema que ocupa a este estudio de caso, se procedió a realizar entrevista con el jefe del Departamento de Trabajo Social quién informó que no se cuenta con la descripción formal de un proceso de gestión de medicamentos integral para satisfacer la demanda de los residentes del CNMAICGAM, indicando que todo éste se realiza por “rutina de servicio”, donde él o la trabajadora social reciben la solicitud y revisan si el residente tiene o no derechohabencia y/o redes de apoyo para poder solventar su necesidad de medicamento, agotado el trámite se ve la procedencia o no del mismo.

El personal de médicos y de enfermería del área de ambulantes hombres y mujeres, respectivamente, indicaron que solamente se limitaban a realizar el llenado de recetas, transcripción de indicaciones médicas procedentes de las interconsultas y la gestión del medicamento con los Departamento de trabajo social y/o Administración, según fuese el caso.

Perspectiva de finanzas

Otro *informante clave*, el jefe de Departamento de Administración, comentó de forma exhaustiva que, a nivel del SNDIF, el proceso de gestión de medicamentos e insumos médicos se inicia con un proceso de licitación y adjudicación de las partidas

¹⁴ No se logró tener acceso a la versión actualizada del Manual de organización del centro gerontológico en estudio, pero conviene destacar que tanto la visión y misión, así como los objetivos y políticas de calidad institucional son documentos que pueden ser documentados ya que encuentran colocados a la entrada del auditorio del CNMAICGAM.

presupuestales a los ganadores de citada licitación; indicó que, aunque si bien el proceso de licitación tiene fechas y tiempos definidos, éstos pueden estar sesgados por diferentes factores como que, por ejemplo, la licitación se declare desierta y, por tanto, se deba proceder a procedimientos de adjudicación directa, entre otros. Otro mecanismo por el cual la institución subsana sus carencias de medicamentos es, a través de *compra directa* de aquellos medicamentos que se encuentren fuera del llamado “cuadro básico” o de las requisiciones que igualmente no se encuentren en el listado de la licitación, a través del llamado “fondo rotatorio”, recurso con el que mes a mes se cuenta para hacer frente a las contingencias del centro.

Perspectiva de fortalecimiento y crecimiento

Dada las interacciones de procesos interdisciplinarios anteriores, se identificaron las siguientes barreras comunicacionales a diferentes niveles:

- a) Comunicación corporativa: En general, de todas las áreas del Sistema Nacional DIF, con la Subdirección de área del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica Arturo Mundet, por desconocimiento del alcance de funciones.
- b) Comunicación interna: *Descendente* (de la Subdirección de área con los jefes de los diferentes departamentos y de éstos, con sus técnicos operativos), *Horizontal* (entre pares sanitarios como personal médico y servicios auxiliares de salud, bien sean enfermeras, camilleros, etc.) y *Ascendente*, a través del mecanismo de retroalimentación o “feed back”, es decir, de la base organizacional (personal de base o de contrato) a las jefaturas de departamento y finalmente, a la Subdirección de área.
- c) Comunicación externa: Residentes (pacientes, representantes, familiares y/o redes de apoyo).
- d) Comunicación de crisis: Aquella que se debe establecer con la Dirección General de Integración Social (SNDIF), con Instituciones de salud, Gobierno (principalmente con la Secretaría de Salud) y, sociedad en general.

e) Relaciones públicas: Medios de comunicación y/o comunicación social.

Derivado de lo anterior, resulta impostergable el hecho que, para poder enmarcar un Cuadro de Mando Integral (CMI) en un contexto comunicacional, se debe proponer en primer término un *Plan Estratégico de Comunicación Organizacional (PECO)*, mismo que debe estar alineado a los indicadores de resultados propuestos a raíz de la implementación del mismo BSC o CMI en función del plan de comunicación derivado del mismo (esquema 4).

Esquema 4.



Fuente: Recuperado de: <https://rmartinezrivadeneira.wordpress.com/tag/comunicacion-del-bsc/>

Finalmente, una adaptación del Modelo CMI en el contexto comunicacional, permitirá un análisis a mayor profundidad en CNMAICGAM, éste debe contener al menos, las acciones que se muestran a continuación en el esquema 5.

Esquema 5.

Modelo de CMI adaptado para un modelo comunicacional



Fuente: Recuperado de: <https://rmartinezrivadeneira.wordpress.com/tag/comunicacion-del-bsc/>

e) Resultados de la metodología rastreadora para revisión del Proceso de Gestión de Medicamentos (PGM) en el CMAICGAM

A partir de la *metodología rastreadora* de procesos y de las entrevistas realizadas a *Informantes Clave* previamente descritas se logró definir una primera aproximación formal del PGM de forma integral, conformando así una propuesta de *Procedimiento Sistemático de Operación (PSO)* con Número de **SERIAL**: DCGCR-CNMAICGAM-SUBD-DMG que se detalla más adelante. De igual forma, a la par se logró llegar a identificar siete procedimientos directamente involucrados en la gestión de medicamentos, que por desconocimiento del personal u omisión del mismo provocan errores en la ministración final de los mismos a los residentes del CNMAICGAM.

De los Procedimientos identificados hasta el momento de la revisión de este EC, se han documentado los siguientes:

- a) Procedimiento de Gestión de medicamentos-IMSS
- b) Procedimiento de Gestión de medicamentos-ISSSTE
- c) Procedimiento de Gestión de medicamento-SNDIF¹⁵
- d) Procedimiento de Gestión de medicamentos-Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMyMG) de la CDMX
- e) Procedimiento de Gestión de medicamentos federal-actualmente IMSS-Bienestar¹⁶, antes Instituto de Salud para el bienestar (INSABI) y éste mismo antes Seguro Popular (SP).
- f) Procedimiento de Gestión de medicamento-Red de Apoyo de residentes¹⁷
- g) Procedimiento de Gestión de medicamento-Autogestión¹⁸

¹⁵ Este procedimiento tiene varias aristas, ya que incluye un procedimiento de licitación para medicamentos y materiales de curación y que solamente es efectivo en el momento en que las “partidas adjudicadas” son autorizadas para el surtimiento de los mismos. Mientras este proceso no se formaliza, una forma de solventar las necesidades de medicamentos es a través de fondos rotatorios, pero éstos tienen limitaciones de ejercicio presupuestal y están acotados en su universo de compras.

¹⁶ De acuerdo al Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) (DOF 30 de agosto de 2022).

¹⁷ Las redes de apoyo, se refieren a cualquier responsable legal, familiar, amistad, asociación civil, etc., que solidariamente coadyuva al soporte del residente, en este caso específico en la compra o donación y ministración de medicamentos.

¹⁸ Este Procedimiento se considera el último de los intentos para subsanar las carencias de medicamentos y consiste en que el propio residente haga uso de sus recursos económicos para la compra de los mismos.

Cabe hacer mención que, adicionalmente a la amplia gama de procedimientos existentes, cada uno de ellos conlleva varios procedimientos intrínsecos propios de cada institución y que para los fines de esta investigación no se profundizará más al respecto; por todo lo anterior, no es de extrañar que una comunicación clara y efectiva en los procesos de gestión falle continuamente a diferentes niveles y por diferentes situaciones multicausales, bien sean intrínsecas o extrínsecas (Consejo de Salubridad General, 2018), de éstas podemos citar el hecho de que hasta el momento de cierre del presente CE, no se tenían aun formalmente definidas las reglas de operación de la póliza del seguro del INSABI, y todavía más complicado aún con el hecho de que a partir del primero de enero de 2023 todos los recursos de éste pasaron a formar parte del IMSS Bienestar (igualmente sin reglas de operación secundarias).

La formalización del PGM que se muestra a continuación, se circunscribe dentro de un concepto de *calidad total* y tiene la finalidad clarificar las obligaciones inherentes a cada uno de los puestos de trabajo involucrados en éste. De igual forma, limita el margen confusional al mostrar paso a paso el camino trazado para cada uno de los actores involucrados teniendo un principio y fin.

Como complemento a lo anterior es importante realizar el *Mapeo de Procesos (MP)*, al respecto existen tres variantes del mismo, a saber: *Diagrama interdisciplinario de proceso*, *Diagrama de relaciones* y *Diagrama de Flujo o Flujograma*, de este último es importante destacar que:

Los flujogramas son quizá la herramienta mejor conocida para ilustrar procesos productivos. Los diagramas de flujo han sido ampliamente utilizados para definir, documentar y analizar procesos, en particular en el nivel máximo de detalle, es decir, una persona que ejecuta un trabajo específico o que desarrolla procedimientos para realizar una responsabilidad específica de trabajo [...] Muestra tareas detalladas que constituyen un proceso, secuencias de éstas, entradas y salidas para un proceso específico de trabajo, con un nivel de detalle máximo y responde a la pregunta, “¿cómo se realiza el trabajo en realidad?” (Damelio, 1999)



**DIRECCIÓN DE CENTROS GERONTOLÓGICOS
Y CAMPAMENTOS RECREATIVOS
CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN
Y CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICA "ARTURO MUNDET"
SUBDIRECCIÓN
DEPARTAMENTO MÉDICO GERIÁTRICO**

EMISIÓN: ENERO, 2023	SERIAL: DCGCR-CNMAICGAM-SUBD-DMG	PÁGINA		
PROCESO: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS PARA RESIDENTES		1	DE	3
ESTE DOCUMENTO TIENE EL PROPÓSITO DE PROPORCIONAR UN MARCO REFERENCIAL QUE PERMITA METODIZAR EL PROCESO DE LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y LOS SUBPROCESOS QUE DE ESTE SE DERIVAN, EVITANDO ERRORES Y/O OMISIONES SEGÚN LO DISPUESTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, EN SUS REGLAMENTOS Y EN LA NORMAS OFICIALES MEXICANAS QUE APLICAN PARA LA PRESTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO, ASÍ COMO LO DISPUESTO EN LAS LEYES, REGLAMENTOS Y NORMATIVIDAD DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF).				
NOTA: ESTE PROCESO ES UN EJERCICIO ACADÉMICO QUE PRETENDE REPRESENTAR EL ESTADO QUE GUARDA LA GESTIÓN ACTUAL DE MEDICAMENTOS EN EL CENTRO GERONTOLÓGICO YA QUE A LA FECHA NO EXISTE NINGÚN PROCEDIMIENTO DEFINIDO Y SE CONTINÚA TRABAJANDO POR "ROUTINA DE SERVICIO".				
NO.	PUESTO O ÁREA	ACTIVIDAD (DESCRIPCIÓN)		
1	ENFERMERA DE SALA	REVISA A LOS PACIENTES Y EL KARDEX DE MEDICAMENTOS DE SALA E INFORMA AL MEDICO TRATANTE DEL ESTADO DE LOS PACIENTES.		
2	MÉDICO TRATANTE	REALIZA EVALUACIÓN CLÍNICA Y EN SU CASO, DE LABORATORIO Y GABINETE DE LOS RESIDENTES QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN, EMITE PREESCRIPCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE UNA RECETA E INFORMA A LA ENFERMERA DE SALA PARA CONTINUAR LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS CORRESPONDIENTE		
3	ENFERMERA DE SALA	RECIBE, REVISA Y COMUNICA A LA JEFATURA MÉDICO GERIÁTRICA LA NECESIDAD DE MEDICAMENTOS ESPECIFICOS		
4	JEFE DE DEPARTAMENTO MÉDICO GERIÁTRICO (DMG)	a) RECIBE RECETAS PARA SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA b) VALIDA Y TURNA AL JEFE DE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		
5	JEFE DE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO	a) RECIBE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DEL DMG b) VALIDA Y TURNA AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA CONTINUAR LA GESTIÓN CORRESPONDIENTE		
6	JEFE DE TRABAJO SOCIAL	a) CONCENTRA Y PROCESA INFORMACION EN LAS RESPECTIVAS BASE DE DATOS RESPECTO AL ESTATUS DEL RESIDENTE EN LA INSTITUCIÓN b) ORDENA A SU PERSONAL LA REVISIÓN DE LA CONDICIÓN DERECHOHABIENCIA O NO DE RESIDENTES		

 DIRECCIÓN DE CENTROS GERONTOLÓGICOS Y CAMPAMENTOS RECREATIVOS CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICA “ARTURO MUNDET” SUBDIRECCIÓN DEPARTAMENTO MÉDICO GERIÁTRICO				
EMISIÓN: ENERO, 2023		SERIAL: DCGCR-CNMAICGAM-SUBD-DMG		PÁGINA
PROCESO: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS PARA RESIDENTES				2 DE 3
NO.	PUESTO O ÁREA	ACTIVIDAD (DESCRIPCIÓN)		
7	TRABAJADORA SOCIAL	VERIFICA Y VALIDA LA CONDICIÓN DE DERECHOHABIENTIA O NO DE LOS RESIDENTES, ¿HAY ALTERNATIVAS PARA EL SURTIMIENTO DE SUS MEDICAMENTOS?		
7.1		NO: INFORMA A SU JEFE DE DEPARTAMENTO Y PASA A LA ACTIVIDAD No. 10		
7.2		SÍ: REMITE INFORMACIÓN AL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO PARA COORDINAR E IMPLEMENTAR ACCIONES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES		
8	JEFE DE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO	a) COORDINA E IMPLEMENTA (CONJUNTAMENTE CON EL JEFE DEL DMG) ACCIONES DE GESTIÓN ANTE LAS DIFERENTES ÁREAS Y DEPENDENCIAS INVOLUCRADAS EN LA MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS b) DECIDE PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE MEDICAMENTO A IMPLEMENTAR		
NOTA: DEPENDIENDO DEL TIPO DE DERECHOHABIENTIA O SITUACIÓN PARTICULAR EN QUE SE ENCUENTRE EL RESIDENTE SE DEBE CONTINUAR CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: I. Procedimiento de Gestión de medicamentos-IMSS II. Procedimiento de Gestión de medicamentos-ISSSTE III. Procedimiento de Gestión de medicamentos-SNDIF IV. Procedimiento de Gestión de medicamentos-Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMyMG) de la CDMX V. Procedimiento de Gestión de medicamentos-Instituto de Salud para el bienestar (INSABI), [antes Seguro Popular (SP) y próximamente IMSS-Bienestar] VI. Procedimiento de Gestión de medicamentos-Red de Apoyo de residentes VII. Procedimiento de Gestión de medicamentos-Autogestión				
9		¿SE CONSIGUIÓ EL MEDICAMENTO?		
9.1		SÍ: SERVICIO DE ENFERMERÍA RECIBE MEDICAMENTO, ACTUALIZA KARDEX. FIN DEL PROCESO		
9.2		NO: INFORMA A LA SUBDIRECCIÓN QUE EL MEDICAMENTO NO PUDO CONSEGUIRSE		
10	SUBDIRECCIÓN	RECIBE INFORME Y ACUERDA CON EL JEFE DE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO LA COMPRA DIRECTA DEL MEDICAMENTO. FIN DEL PROCESO		
NOTA: EL CNMAICGA CUENTA CON UNA PARTIDA DE GASTOS ASIGNADA DE FORMA MENSUAL DESDE NIVEL CENTRAL QUE, ENTRE OTROS, SE UTILIZA PARA LA COMPRA DIRECTA DE MEDICAMENTO				



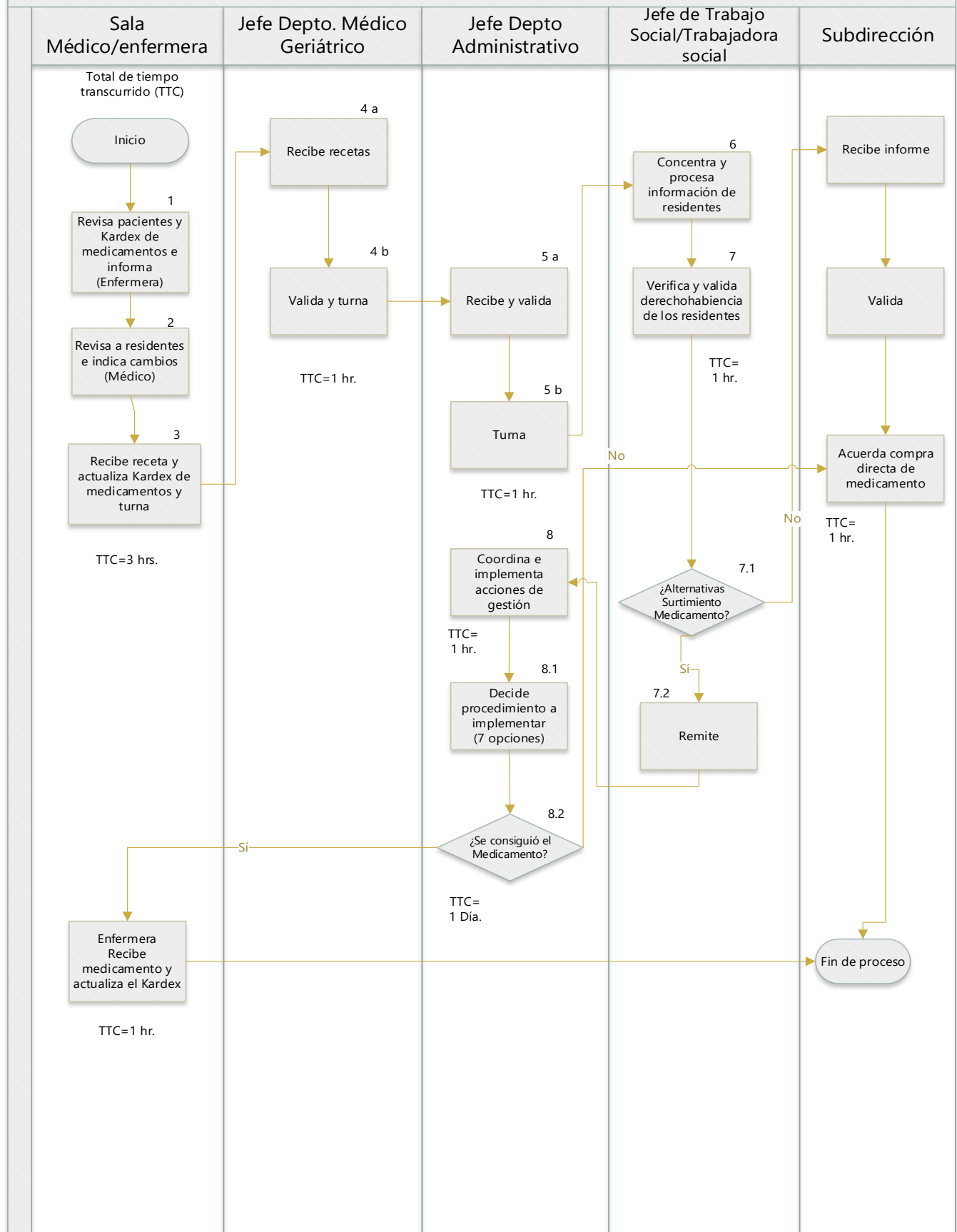
**DIRECCIÓN DE CENTROS GERONTOLÓGICOS
Y CAMPAMENTOS RECREATIVOS
CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN
Y CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICA “ARTURO MUNDET”
SUBDIRECCIÓN
DEPARTAMENTO MÉDICO GERIÁTRICO**

EMISIÓN: Diciembre, 2022	SERIAL: DCGCR-CNMAICGAM-SUBD-DMG	PÁGINA		
PROCESO: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS PARA RESIDENTES		1	DE	3

DOCUMENTOS DE REFERENCIAS:

1. Ley General de Salud Arts:110,111,112,115
2. Reglamento de La Ley General de Salud En Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica Arts.: 9,17,19,29,31,48,98,118,119,123,124
3. NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.
4. NOM-006-SSA2-2013. Para la prevención y control de la tuberculosis.
5. NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad
6. NOM-010-SSA2-2010. Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
7. NOM-011-SSA2-2011. Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.
8. NOM-013-SSA2-2006. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
9. NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
10. NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
11. NOM-016-SSA2-2012. Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
12. NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
13. NOM-021-SSA2-1994. Para la prevención y control del binomio teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
14. NOM-022-SSA2-2012. Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
15. NOM-027-SSA2-2007. Para la prevención y control de la lepra.
16. NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones
17. NOM-029-SSA2-1999. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
18. NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
19. NOM-032-SSA2-2010. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
20. NOM-033-SSA2-2011. Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
21. NOM-035-SSA2-2012. Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
22. NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
23. NOM-037-SSA2-2012, para la prevención, tratamiento y control de las Dislipidemias
24. NOM-039-SSA2-2002. Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
25. NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
26. NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
27. NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
28. Programa Nacional de Cartillas Nacionales de Salud
29. Bibliografía Actualizada sobre el tema.

PROCESO: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS PARA RESIDENTES DEL CNMAICGAM



X. CONCLUSIONES

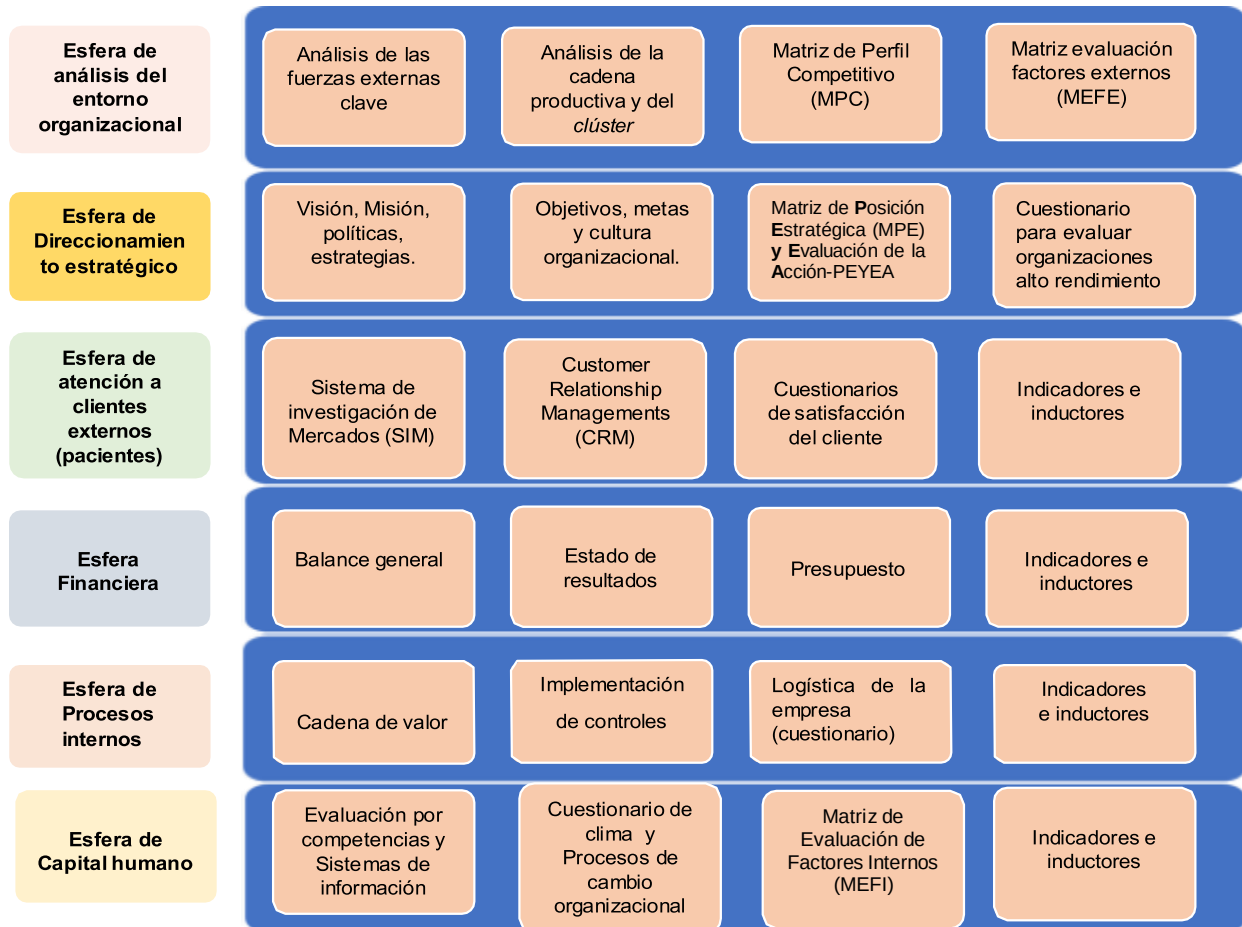
Al término de la revisión del presente estudio podemos concluir que:

1. Aplicar una política comunicacional en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet” coadyuvará en el logro de objetivos y consecución de acciones, específicamente en lo que respecta al proceso de gestión de medicamentos.
2. La cultura organizacional debe ser permeada a todos los actores involucrados en el CNMAICGAM, a través de la implementación formal de una política (Anexo 2) y un programa efectivo de comunicación que permita una sensibilización y comprensión cabal de la misma.
3. La implementación de los estándares de certificación hospitalaria del Consejo de Salubridad General, contenidos en el capítulo Gestión de la Información y la Comunicación (MCI), garantiza por sí misma, un modelo de gestión comunicacional efectivo que permite agilizar la información al exterior de la organización para transmitir los objetivos de la misma además, reduce significativamente la posibilidad de eventos adversos y daños a los pacientes, específicamente en cuanto al *Proceso de Gestión de Medicamentos* se refiere.
4. La relación médico-residentes en el CNMAICGAM, es un vínculo fundamental del quehacer médico que debe verse fortalecido a través de una *comunicación clara y efectiva* que permita mejorar la calidad en la atención y garantizar la seguridad del paciente al identificar las ventanas de oportunidad, para la oportuna gestión de medicamentos, disminuyendo así efectos indeseables derivados de la No-ministración oportuna de los mismos.
5. La implementación de un Programa de Comunicación Institucional fortalecerá los canales de comunicación internos y externos a través de acciones puntuales que engloban aspectos idóneos para su gestión.
6. Es recomendable que las autoridades institucionales del CNMAICGAM continúen implementando políticas de calidad total, a través de la implementación y desarrollo de mapeo de procesos y flujogramas que como ya ha quedado demostrado, limitarán las desviaciones de cada una de las funciones de los diferentes departamentos.

ANEXOS

Anexo 1

Propuesta de Balance Scorecard modificado, para ser aplicado en una evaluación integral del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica Arturo Mundet



Fuente: Elaboración propia del autor tomando como referencia el modelo original de Robert Kaplan y David Norton (enero/febrero de 1992)

Anexo 2.

“Política Comunicacional para el Proceso de Gestión de Medicamento (PGM) del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica Arturo Mundet”

No.	Target de interés	Canales de comunicación*	Tipo de mensaje
1	Comunicación corporativa (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 17, 21, 23)	1. Bienvenida a profesionales 2. Reuniones de Alta dirección (diarias o eventuales) 3. Comunicación oral 4. Correo electrónico 5. Revisar los Mapas de procesos y procedimientos del CNMAICGAM 6. Comunicación escrita 7. Memoria anual 8. Carpetas electrónicas compartidas 9. Intranet corporativo 10. Plataformas colaborativas 11. Sitio Web 12. Paneles informativos 13. Información impresa	1- Atender al residente de forma integral identificando barreras de comunicación en el PGM y garantizar equidad y su surtimiento oportuno. 2- Brindar atención médica geriátrica con enfoque de calidad y seguridad para el residente/paciente. 3- Cumplir la tarea encomendada de acuerdo a los criterios geriátricos establecidos incorporando criterios de sostenibilidad. 4- Comprometer a toda la organización con un proceso de mejora en la gestión de medicamentos permanente. 5- Gestionar de forma oportuna las referencias y contrarreferencias de los residentes a otras instituciones.
2	Comunicación interna (2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 22)	14. Televisiones informativas 15. Revistas electrónicas 16. Aplicaciones informáticas 17. Bienvenida al ingreso del residente	1- Orientados y centrados en la atención al residente 2- Comprometidos con la mejora continua y permanente del PGM
3	Comunicación externa (11, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22)	18. Encuestas de satisfacción 19. Difusión de convocatorias sobre la actividad científica 20. Notas de prensa y entrevistas	1- Informar oportunamente de las acciones de contención en caso de emergencias sanitarias o desastres naturales

		21. Jornadas, conferencias, foros y debates 22. Videos	2- Difundir los servicios con los que cuenta el hospital y los alcances de su atención
4	Comunicación de crisis (2, 3, 4, 11, 17, 21, 22)		1- Generar y fortalecer los sentimientos positivos de la audiencia hacia el CNMAICGAM, en caso de demandas ante derechos humanos y minimizar la impresión negativa que los residentes puedan percibir. 2- Garantizar la implementación de medidas preventivas y/o correctivas para que no vuelvan a ocurrir omisiones en la oportuna gestión de medicamentos.
5	Relaciones públicas (2, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 21, 22)		Todo lo concerniente a mantener la comunicación social de forma permanente con el público en general.

* Se definen de acuerdo a la necesidad del target de interés y al tipo de mensaje a comunicar.

BIBLIOGRAFÍA

- Affor Prevención Psicosocial. (13 de abril de 2014). <https://affor.es/10-herramientas-para-eliminar-barreras-de-comunicacion-en-la-empresa/>. <https://www.affor.es/>
- Anand, S. (2016). *Successfully Implementing the Balance scorecard: Making strategy Work Usin the Balance Secorecard*. Hoboken, Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Calvo Calvo, M. (julio-septiembre de 2016). La comunicación de crisis en errores sanitarios: reflexiones sobre las estrategias institucionales. *Index Enfermería*, 25(3), 161-165. Retrieved 31 de mayo de 2021, from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200008
- Consejo de Salubridad General. (2018). *Estándares para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente en Hospitales 2015, 2018*. México: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/1c042c391a7112b81aa853b184617e03.pdf>
- Consejo de Salubridad General. (2018). *Estándares para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente en Hospitales*. 11,13, 22-40, 45-46, 284-285. México: Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/1c042c391a7112b81aa853b184617e03.pdf>
- Delgado Bernal, M., Márquez Villareal, H., y Rizo Amézquita, J. N. (2009). *Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente*. Calidad en Salud: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf
- Dirección General de Integración Social. (diciembre de 2014). *Normateca del SNDIF*. Retrieved 22 de junio de 2021, from http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/uploads/2015/09/ManualProcedimientosDGIS_Sep15.pdf
- Hernández, T. (2018). Burnout en Médicos de un hospital del Sector Público en el Estado de Hidalgo. *ASyD*, 15, 161-172. <https://www.scielo.org.mx/pdf/asd/v15n2/1870-5472-asd-15-02-161.pdf>
- Hospital Gorliz. (2017). Plan de Comunicación 2017-2020. Osakidetza.

- Izquierdo-García, E., y Et al. (2011). Satisfacción percibida por los pacientes y por el personal auxiliar de farmacia del área de atención a pacientes externos como método de mejora de la calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 161-167. Retrieved 27 de junio de 2021.
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-40. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
- Medina Aguerrebere, P. (diciembre de 20212). La comunicación hospitalaria 2.0: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Austral Comunicación*, 1(2). Retrieved 31 de Mayo de 2021, from https://www.researchgate.net/publication/325462217_La_comunicacion_hospitalaria_20_un_nuevo_desafio_para_la_comunicacion_institucional
- Montgomery, A., Panagopoulou, E., Kehoe, I., y Valkanos, E. (2011). Connecting organizational culture and quality of care in the hospital: is job burnout the missing link? (E. G. Limited, Ed.) *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 25(1), 108-123. <https://doi.org/10.1108/14777261111116851>
- Navarro Reynoso, F., y Navarro Murillo, P. (2008). *Hacia una nueva dirección de hospitales* (2a ed.). México: Trillas. Retrieved 15 de junio de 2021.
- Ramírez Arias, J. L., Ocampo Lujano, R., y Irene, P. P. (24 de septiembre de 2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Retrieved 7 de junio de 2021, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am113k.pdf>
- Secretaría de Salud. (14 de septiembre de 1999). Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (29 de junio de 2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico Electrónico. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (23 de octubre de 2018). Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. *Factores de riesgo Psicosocial en el Trabajo-Identificación, Análisis y Prevención*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Shetach, A., y et al. (2015). Medical and Nursing teams in an Israeli hospital.
- SNDIF. (18 de 06 de 2021). www.sndif.com., Retrieved from <https://www.gob.mx/difnacional/estructuras/directorio-239788>

Tomasina, F., y Stolovas, N. (s.f.). *La investigación en materia de salud de los trabajadores*. Retrieved 29 de junio de 2021, from Facultad de Medicina de la República de Uruguay:
<http://www.histoemb.fmed.edu.uy/sites/www.dso1.fmed.edu.uy/files/materiales/LA%20INVESTIGACION%20EN%20MATERIA%20DE%20SALUD%20DE%20LOS%20TRABAJADORES.pdf>

Valderrama, G. (25 de agosto de 2017). El empresario que con su riqueza le puso casa a los ancianos. *El Universal*, p. Columna. Retrieved 6 de Junio de 2016, from <https://www.eluniversal.com.mx/colaboracion/mochilazo-en-el-tiempo/nación/sociedad/el-empresario-que-con-su-riqueza-le-puso-casa>