

1 967  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL PSICOLOGO EN LA IMPLEMENTACION DE UN  
PROGRAMA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
LUIS ALBERTO SILVA RODRIGUEZ

DIRECTORA: MTRA. YOLANDA BERNAL ALVAREZ



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

277389



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Se agradece las facilidades prestadas al personal operativo de los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria " Venustiano Carranza ", por su participación activa, en el desarrollo de la presente tesis.

Sin olvidar el valioso tiempo prestado de mis compañeros de trabajo, el médico. Mariano Chávez Arias y la Lic. Graciela Tesoro Cruz.

## INDICE

CAPITULOS	PÁGS.
I. RESUMEN.....	5
II. INTRODUCCIÓN.....	6
III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL D. F.....	11
IV. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.	
Calidad y Servicio. ....	20
Concepto. ....	21
Calidad de la atención a la salud. ....	24
Dimensiones técnica e interpersonal en calidad. ....	26
V. MÉTODO.	
Objetivo de trabajo.....	33
Variables.....	33
Definición Conceptual de Variables.....	34
Definición Operacional de Variables.....	34
Característica de la población.....	35
Muestreo.....	35
Tipo de estudio.....	36
Diseño.....	36
Instrumentos y Materiales.....	37
Diagrama de Flujo.....	38

## VI. PROCEDIMIENTO

Estudio Diagnóstico de FUNSALUD.....	39
Designación de Tareas y Unidades de Salud.....	40
Sensibilización.....	40
Implantación.....	42
Carta Proceso.....	42
Carta Calidad del Proceso.....	43
Asignación de prioridades. ....	45
Análisis de problemas. ....	47
Proyecto de mejora del proceso.. ....	48
Análisis de indicadores. ....	50

## VII. ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS Y DISCUSIÓN.

Atención en el módulo de recepción .....	55
Horario de repartición de fichas. ....	56
Tiempo de espera. ....	57
Presentación del personal de recepción.....	58
Información del médico que le corresponde.. ....	59
Solicitud de otro servicio. ....	60
Quejas, sugerencias y felicitaciones. ....	61

## VIII. CONCLUSIONES.....63

## IX. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES..... 65

## X. APORTACIONES..... 68

## XI. BIBLIOGRAFÍA. .... 70

## ANEXOS. .... 72

## RESUMEN

La presente investigación, describe la actividad del profesional de la psicología en la instrumentación y medición de un programa de mejora continua de calidad, dentro de un centro de salud de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, dirigido al personal técnico y administrativo que participó en el proceso de recepción del paciente. La metodología aplicada fue la consultoría de procesos. Los resultados obtenidos permitieron corroborar que pese a las características inherentes a esta institución, se logró mejorar en forma asertiva el desarrollo del proceso reflejándose esto, en la disminución del tiempo de espera, mejora en la percepción el trato otorgado a los pacientes de consulta externa, la homogeneización de criterios de trabajo, así como mayor calidad en los cursos de capacitación dirigidos al personal de la institución.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente tesis, fue medir en forma cuantitativa y cualitativa el efecto de la instrumentación de un Programa de Mejora Continua de Calidad en un centro de salud, de la Jurisdicción "Venustiano Carranza"; donde el psicólogo fungió como asesor y analista. Esto, con el fin de elevar la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención de acuerdo a los parámetros establecidos por FUNSAUD.

Dichos parámetros consisten, en lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos actuales con la finalidad de proporcionar servicios médicos de primer nivel a la población dentro de un marco de eficiencia y calidad. Sin embargo, ante los profundos cambios económicos, sociales y políticos que el país ha vivido, la pregunta clave es: ¿El sistema de salud con reglas institucionales surgidas hace más de medio siglo, es capaz de responder a los nuevos retos?. Toda la evidencia apunta en un mismo sentido; los actuales esquemas de organización y funcionamiento dificultan que los servicios de salud, realicen toda su contribución potencial.

Pese a esto, se han realizado actividades importantes para reformar el sistema de salud, una de ellas fue la aplicación de una "Encuesta Nacional" por parte de la Fundación Mexicana para la salud durante 1994. Ahí quedó claro que el sistema de salud enfrenta siete obstáculos principales para su buen desempeño:

1. Inequidad
2. Insuficiencia.
3. Ineficiencia.
4. Inadecuada calidad.
5. Insatisfacción.
6. Inflación.
7. Inseguridad.

Resolver estos problemas requiere de una mentalidad abierta e innovadora para revisar la situación sin prejuicios, de este planteamiento surge la necesidad de implementar el "Programa de Mejora Continua de la Calidad" en el primer nivel de atención; dicho nivel cubre un 70% de la población que demanda un servicio de salud, esto a través de actividades de atención primaria, como son: consulta general, vacunación, educación para la salud, y detección oportuna de enfermedades, en un marco de eficiencia y calidad. Parafraseando a Donabedian (1990) calidad en servicios de salud es considerado como: **"el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud"**.

Para llevar a cabo este proceso se requiere hacer una adecuada identificación de las necesidades de los pacientes y del personal médico involucrado en su atención, tratando de motivarlo para que continúe con su tarea en una forma adecuada, es este punto donde interviene el profesional de la psicología para conseguir cambios de actitud, reafirmación del compromiso con la institución, y mejorar la relación médico - paciente.

Bajo este marco se vio la necesidad de implementar un Programa de Mejora Continua de Calidad, dentro de la Jurisdicción Sanitaria " Venustiano Carranza ", en especial en la unidad de atención primaria denominada: "Arenal Cuarta Sección" con el personal técnico y administrativo, del turno matutino, en el análisis del proceso de: **mejora en la recepción del paciente en un centro de salud urbano.**

En el análisis de este proceso se consideró importante incluir tres apartados o etapas:

- a) Identificación del marco de referencia del servicio involucrado**
- b) Desarrollo del sistema de monitoreo**
- c) Definición de las estrategias de implantación**

**a) Identificación del marco de referencia del servicio involucrado**

En los programas de calidad es necesario identificar en primer término la institución y el servicio en la cual se llevará a cabo la experiencia.

**b) Desarrollo del sistema de monitoreo.**

Una vez establecido el marco de referencia del cual parten las actividades de un servicio y los problemas que enfrentan, se elaboran indicadores y estándares para el seguimiento y evaluación de las actividades.

**C) Definición de las estrategias de implantación.**

Esta etapa permite lograr que el sistema de monitoreo y el programa en general sirvan realmente en la práctica. Ante este planteamiento el psicólogo tuvo la oportunidad de intervenir en la implementación del programa por medio de acciones como: a) la modificación de la conducta de los empleados con respecto a su actitud ante el trabajo de equipo, b) manejo de resistencias y la identificación de aspectos motivacionales con el fin de desarrollar técnicas de calidad para lograr optimizar los recursos y c) establecer estándares y su monitoreo respectivo, enfocados a modificar aspectos perjudiciales del ambiente laboral, tanto en el aspecto técnico como el humano los cuales redundan en la calidad de los servicios de salud prestados.

Cabe mencionar que estas tareas tuvieron obstáculos importantes para su desarrollo, como fueron: resistencia al cambio, liderazgo negativo, la carencia de recursos materiales y humanos que limitan las expectativas del programa.

Por otra parte, se ha visto que la cultura de la calidad ha sido poco desarrollada en nuestro contexto y las teorías aplicadas solo han sido adecuaciones de las elaboradas en países de Europa, Asia y Norteamérica.

Nuestro caso no es la excepción, para su desarrollo se tomaron como punto de partida las filosofías desarrolladas por: J.M. Jurán, Edwards Deming y Kauro Ishikawa, los cuales basan sus estrategias en la aplicación de la consultaría de procesos. Dichas estrategias hacen énfasis en proporcionar los medios para ayudarse a sí mismos, y no en resolver los problemas, ni en dar un consejo de experto.

Esta idea fue fundamental para lograr los objetivos de este programa. El cual se concretó en tres fases; la diagnóstica: mediante la aplicación de una encuesta inicial, la implantación o análisis del proceso y finalmente, la evaluación del alcance del mismo mediante una encuesta dirigida al prestador de servicios.

Al aplicar esta metodología, podemos apreciar que la calidad es una necesidad de nuestro tiempo, indispensable en cualquier ámbito del desarrollo humano, la cual nos permitirá realizar una adecuada planeación, aplicación y medición de estrategias para lograr la máxima eficiencia en el desarrollo de nuestras actividades.

## II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL D.F.

Para delimitar nuestro contexto laboral actual, es necesario hacer una breve retrospectiva del desarrollo de los servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, los cuales se organizaron por primera vez en el año de 1978 contando con la siguiente estructura: 1 Distrito de Salud, Sanidad Internacional, cinco Centros Especializados, Subdirección de Planeación y control con los departamentos de Planeación, Epidemiología, Promoción de la Salud, de Enseñanza, Atención Médica y el de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar.

El Reglamento Interior de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia en su Artículo 43, señala atribuciones, en materia de Vigilancia Epidemiológica y Mejoramiento del Ambiente, Atención Preventiva en el 1er nivel, Aplicación Normativa en la expedición de Certificados Sanitarios, Tarjetas Sanitarias, y en el Servicio de Sanidad Internacional del Aeropuerto de la Ciudad de México.

La evolución y logros que los Servicios de Salud Pública han alcanzado en cuanto a cobertura, han sido los siguientes:

Con la implantación del Programa de Atención a Población en Areas Marginadas (PAPAM) y el Programa de Atención a la Población Marginada en Grandes Urbes (PASPAMGU), la ampliación de la cobertura fue bastante significativa ya que, durante el período comprendido de 1978 a 1981 se logró cubrir 1,664,100 habitantes más, alcanzado así una cobertura de 2,947,152 personas hasta 1981, cifra que en ese entonces representó el 29.40% del total de la población del Distrito Federal <sup>1</sup>

Con esta fusión de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, que originalmente dirigían y coordinaban sus acciones de salud exclusivamente para el primer nivel de atención, adquirieron competencia para dirigir y coordinar las acciones de salud del segundo nivel, lo que originó un replanteamiento de objetivos, rutas y funciones conjuntamente con la reestructuración orgánica necesaria.

La transferencia de estas nuevas atribuciones, obligó a este organismo dividiera el área geográfica del D.F, en dos zonas para que a través de dos jefaturas, se dirigieran, coordinaran y controlaran las acciones de salud emanadas del nivel central normativo y se procesará la información procedente de las Unidades Operativas con oportunidad.

---

<sup>1</sup> Evaluación Anual de la Secretaría de Salud, (1996). México: Edit: S.S.A. pág. 21

La estructura orgánica estuvo conformada por las unidades de: Programación y Control, Atención Preventiva, Atención Curativa, Promoción a la Salud, Enseñanza e Investigación y la unidad Administrativa. La Jefatura Zona Norte y Sur se integró con las Jurisdicciones Sanitarias y Unidades Hospitalarias.

En 1983, ante las necesidades de los servicios de Salud que demanda una urbe con las características demográficas del D. F., la reorganización se originó como un proceso necesario para el establecimiento de instancias capaces de administrar la prestación de los servicios acorde con los requerimientos de la población.

De esta manera se organiza al D. F., en cuatro regiones en el mes de enero de 1983, quedando conformada como sigue: Unidad de Información, Unidad de Enseñanza y Capacitación, Unidad de Comunicación y Proyectos Especiales, Unidad de Servicios de Salud Pública y las Direcciones Regionales Norte, Oriente, Poniente y Sur.

El 13 de octubre del mismo año, se publica en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud donde se dieron a conocer los organismos desconcentrados por territorio en los cuales se mencionaron los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, de esta manera cambia la naturaleza del órgano que dejó de ser centralizado, lo que naturalmente condujo a una reestructuración congruente con este cambio, si en 1984 se contó con la Unidad de Comunicación Social, la de Planeación, la Dirección Técnico Normativa, la Dirección de Salud Pública, la Dirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación, con sus respectivas Jurisdicciones, finalmente el área Administrativa se convirtió en Dirección dada la magnitud de las unidades a coordinar.

Para 1988, el desarrollo poblacional y urbanístico del Distrito Federal generaron nuevamente la organización territorial de los servicios de salud, desapareciendo así las cuatro regiones y consolidándose la existencia de las dieciséis Jurisdicciones Sanitarias, que correspondieron a las dieciséis delegaciones políticas.

Su base operativa estuvo definida bajo el modelo de atención a la salud para población abierta (MASPA).

Esta base estuvo organizada en módulos, los cuales integrados por un médico, una enfermera y una trabajadora social, con una adscripción promedio de 500 familias, que hacen un total de 3,000 habitantes.

Actualmente se conservan las dieciséis Jurisdicciones Sanitarias con un total de 220 unidades de las cuales 82 son T III, ( es decir cuentan con 14 consultorios, laboratorio, y servicio de R - X), 19 T II, ( los que pueden contar con un promedio de cinco consultorios y servicio odontológico), 108 T I (Integrados cada uno por un médico, una enfermera y un trabajador social); 2 centros antirrábicos, un centro dermatológico, dos centros comunitarios de salud mental y 6 clínicas de especialidades.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Roger G. (1994). Ponga la Calidad a Prueba. México: Edit. Mc. Graw Hill. Pág.42

La jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza, se inserta e este marco organizacional y cuenta dentro de su infraestructura con 14 unidades de primer nivel, de las cuales 4 son Centros de Salud TIII, 5 T II y 5 Tipo I.

La coordinación de dichas unidades está encargada a un director jurisdiccional, y tres jefes de departamento, en lo que conviene a la eficiencia de las actividades desarrolladas por el personal operativo, es responsabilidad de los asesores del Programa de Mejora Continua de la Calidad.

La organización de este programa surgió en 1994 cuando se llevó a cabo la Primera Encuesta Nacional de Salud en la cual se detectó la falta de calidad en la prestación de servicios de salud en todo nuestro país. Una de las estrategias implementadas para coadyuvar dicho problema en la Ciudad de México fué una prueba piloto de un Programa de Mejora Continua de la Calidad en las unidades operativas de la Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero y Azcapotzalco, y para marzo de 1995 se instrumentó la estrategia en la Jurisdicción Sanitaria de Tlahuac.

Poco después de iniciadas dichas acciones, se oficializó la Comisión número dos, del Consejo Nacional de Salud se definieron cinco Acciones Generales para iniciar de inmediato el Programa de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios de Salud a la población abierta en el Distrito Federal:

- I. Fortalecimiento de la imagen institucional.
- II. Sensibilización y capacitación para la mejora continua de la calidad (formación de comités para la mejoría continua).
- III. Desarrollo de la capacitación gerencial para la descentralización de los servicios de salud.
- IV. Optimización de la capacidad instalada.
- V. Financiamiento del Programa de Mejora Continua.

A partir de estos lineamientos y con base en las experiencias pasadas se integró el "Programa de Mejora Continua de la Calidad" de los servicios de salud pública en el D.F., planteándose en tres etapas: la primera de implementación con duración de un año, la segunda de desarrollo con duración de dos años, y la consolidación con duración de dos años también. El programa inició el 1 de julio de 1995 en los 211 centros de salud y 11 hospitales.

La Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, no fue la excepción, y para poder instrumentar el Programa de Mejora de la Calidad fue necesario designar a un equipo multidisciplinario ( médico, enfermera, trabajador social y psicólogo) a un curso de capacitación sobre calidad y mejora en el servicio.

Después de concluir dicha capacitación, se le asignó a cada uno de ellos de dos a tres unidades operativas, para comenzar la detección de procesos prioritarios en la prestación de servicios de salud.

Al profesional de la psicología se le asignaron dos unidades de salud, en este trabajo solo se describirá las actividades realizadas en el Centro de Salud: Arenal Cuarta Sección, y en específico; los logros del proceso denominado: Mejora en la Recepción del Paciente en un Centro de Salud Urbano.

Dicha unidad, tiene como objetivo central de prestar un servicio de salud de primer nivel, es decir realizar tareas enfocadas a la prevención de enfermedades por medio de acciones como la educación para la salud, vacunación, y consulta general a población abierta, o carente de seguridad social.

Así, el psicólogo se inserta en esta área laboral con el fin de realizar tareas específicas como asesor de mejora de la calidad, a través de actividades de consultoría de procesos, es decir; formando comités de mejora para la calidad de carácter multidisciplinario capaces de identificar problemas o rezago en el proceso que realizan, evitando consejos de experto. Estimulando así, el trabajo de equipo y liderazgo como puntos focales del desarrollo de la mejora, y su impacto en la población usuaria.

#### IV. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

##### **Calidad y servicio.**

En los años recientes ha habido un gran auge en el interés de las empresas, tanto públicas como privadas, por producir bienes y servicios de calidad. Constantemente escuchamos frases publicitarias que hacen referencia a la excelencia y a la calidad total e incluso se oye decir una y otra vez que "al Tratado hay que entrarle con calidad". Por otra parte, han aparecido gran cantidad de cursos, talleres, seminarios y conferencias dirigidas a directivos y gerentes con el propósito de sensibilizarlos sobre la importancia de controlar y mejorar la calidad de lo que producen sus compañías.<sup>3</sup>

Las instituciones de salud no han sido ajenas a este auge de la calidad. De hecho según el principal teórico en materia de la calidad en atención médica Avedis Donabedian, entiende como calidad: el logro de la satisfacción del paciente a través del restablecimiento de su salud, siendo esto la principal preocupación de las ciencias médicas desde su origen. No obstante, no es sino hasta la década de los años 1970 y 1980 que este interés comienza a tomar forma a través de la industrialización de programas de "Garantía de Calidad" en hospitales de los países bajos, Canadá, Estados Unidos y España.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Blake, E., (1992). Como trabajar en equipo. España. Edit. Norma. Pág. 86.

<sup>4</sup> Donabedian, A. (1990). Calidad y productividad. México: Edit. CEC s.a. pág. 72

## ¿QUE ES LA CALIDAD?

Se han propuesto otras definiciones para la calidad pero una de las que han gozado de mayor aceptación es la aportada por Juran, el cual la define como:

**“Calidad es el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten clasificarlos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes”.<sup>5</sup>**

Es decir, si el producto cumple todos los requisitos técnicos, pero no satisface al usuario, la calidad se verá reducida; por ejemplo, una consulta médica pudo haberse proporcionado de manera impecable desde el punto de vista técnico, pero si el paciente sintió desconfianza o el médico le faltó al respeto, la calidad de dicha consulta no será buena.

El caso contrario, también es cierto que cuando el producto satisface al usuario pero técnicamente presenta limitaciones, que tal vez el usuario no pueda identificar, la calidad también se ve afectada.

---

<sup>5</sup> Jurán, M. (1990) Liderazgo para la Calidad. España: Edit. Díaz de Santos pág. 47

Un ejemplo extremo lo proporciona Ruelas cuando señala: "el paciente puede vivir satisfecho hasta el último suspiro; no obstante, no debió haber muerto". Dentro de la atención médica equivaldría por ejemplo, al combinar negligencia con maltrato al paciente.<sup>6</sup>

Continuando con el análisis de Juran referente a su definición sobre calidad, desglosaremos de la misma, el concepto de producto.

Un producto es el resultado de cualquier proceso. Los productos pueden ser bienes, información o servicios. Los bienes son objetos tangibles como lápices, automóviles, estuches de diagnóstico, baumanómetros, muebles, etc. La información se refiere en cierto sentido, a los programas para computadoras, pero en un sentido más amplio, a informes, planes, políticas e instrucciones. Por último los servicios se refieren al trabajo realizado por las personas (u organizaciones completas) para satisfacer las necesidades de otros, tales como la educación, entretenimiento, el transporte, la comunicación, y por supuesto, la atención a la salud. Dichos productos o servicios deberán contar una serie de requisitos o características en virtud de satisfacer las necesidades del cliente.

Las características del producto pueden ser tecnológicas; por ejemplo, consumo de combustible en un vehículo, dimensión de un componente mecánico, viscosidad de una sustancia o uniformidad en un voltaje de energía eléctrica.

---

<sup>6</sup> Ruelas, E., (1994). Cambio Organizacional. México: Edit. CECSA. Pág.135.

Pero también puede tomar otras formas; por ejemplo, en el caso de los servicios podríamos hablar de oportunidad, cortesía, apego a procedimientos, etc.

Finalmente, entendemos como clientes a las personas, áreas (departamentos, gerencias, divisiones) u organizaciones que reciben los productos con los cuales son impactados. Los clientes pueden ser internos o externos.<sup>7</sup>

Los clientes externos son impactados por el producto pero no pertenecen a la organización que los produce. Son los consumidores finales del producto. En el caso de las organizaciones de salud, los clientes externos son los usuarios de los servicios que proporcionan, es decir, la población que acude a solicitar atención para resolver su problema de salud.

Los clientes internos son las personas o áreas que reciben el producto de otras personas o áreas que pertenecen a la misma organización. En las organizaciones de servicios de salud por ejemplo, los médicos son clientes de la administración, pues de ella reciben varios productos (instalaciones, equipo, suministros), aunque, por otra parte, la administración es cliente de los médicos ya que de ellos recibe cierta información necesaria para realizar la evaluación institucional.

Una vez revisados los principales conceptos sobre la calidad, cabe ahora definirla dentro del ámbito de la salud.

---

<sup>7</sup> Carr, C., (1990). La vanguardia al servicio del cliente, España: Edit. Díaz de Santos. Pág.149.

### **Calidad en la atención a la salud.**

Donabedian (1997), define la calidad en la atención a la salud como: "el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud".<sup>8</sup>

Una definición más desarrollada es el de Ruelas y Querol, quienes dicen:

"La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles, se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención, y a los valores sociales imperantes. La calidad implica por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud, atribuible a la atención misma"<sup>9</sup>

Por ejemplo, la propedeútica médica establece que se deberá respetar la intimidad del paciente, a quien es necesario dar un trato digno, por tanto el trato despersonal y descortés que muchas veces se observa en las instituciones de salud, tanto, públicas como privadas, afecta la calidad de la atención prestada.

---

<sup>8</sup> Donabedian A. *Ibidem.*

<sup>9</sup> Ruelas, E., (1994). Cambio Organizacional. México: Edit. CECSA. Pág.183

Sobre este aspecto podemos citar el trabajo realizado por Campero en donde se documentan una serie de deficiencias en la relación médico-paciente durante la consulta externa. A manera de ejemplo, basta decir, que, de 168 consultas observadas, sólo en 43 de ellas, el médico saludo al paciente; en 136 (81%) el médico no indicó al paciente el lugar que debería tomar para iniciar la consulta (no le dijo por ejemplo, "síntese por favor") y en 152 ocasiones se pasó por alto la identificación del grado de escolaridad del paciente, lo cual se considera central para adecuar las explicaciones sobre el padecimiento y el tratamiento.

Es necesario hacer notar el paralelismo que existe entre los dos aspectos de definición de calidad propuestas por Juran (1990), y las dos dimensiones propuestas por Donabedian (1990), percibiéndose mejor esto, si recordamos los comentarios hechos sobre la atención médica expuestos en el momento en que se abordó la visión de Juran: la calidad de la atención médica disminuye si hay deficiencias técnicas en la prestación del servicio (dimensión técnica-deficiencias en el producto), si la relación entre el proveedor de la atención y el paciente es inadecuada (dimensión interpersonal-satisfacción del cliente) o si ocurren ambas situaciones a la vez.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Feinghaum, A. (1975). Control Total de la Calidad. México: Edit. CECSA pág.94.

### **La dimensión técnica y la dimensión interpersonal en la definición de calidad.**

Según Donabedian (1990) es posible distinguir dos dimensiones en la calidad de atención a la salud, la dimensión técnica y la dimensión interpersonal.

La primera se refiere a la "aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud". Este autor considera que la calidad en cuanto a dimensión técnica, podría definirse como: "La aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda al máximo de beneficios a la salud, sin aumentar con ellos sus riesgos".<sup>11</sup>

Para Donabedian (1990), la calidad de la atención médica, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, está determinada por tres factores: estructura, proceso y resultado. La estructura consiste en las características relativamente estables de la organización de salud que proporciona la atención.

Estas características se refieren a los recursos (otra vez en términos de dinero, instalaciones, equipo, materiales, mobiliario, etc.), pero también en la forma en que están organizados para proveer servicios a la población (reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información).

---

<sup>11</sup> Vidal Pineda, Reyes Zapata H. (1993). Diseño de monitoreo para un Programa de Calidad Total. Revista de Salud Pública en México, 35 (3), 23-31.

La estructura también está constituida por los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para proporcionar la atención.

Los procesos se refieren a todas aquellas actividades llevadas a cabo por el equipo de la empresa con el fin de proporcionar el servicio o fabricar el producto. En el área de salud, lo podemos ejemplificar en la actividad que realiza una enfermera o trabajadora social dentro de la visita domiciliaria al proporcionar educación para la salud a la población captada.

Respecto a los resultados, se incluyen todos aquellos parámetros susceptibles de medición, los cuales nos indican en forma cualitativa o cuantitativa, el avance de la empresa en la fabricación de un producto o servicio otorgado.

El control total de calidad se logra a través del mejoramiento continuo, el cual, es el resultado de la aplicación de técnicas de medición y análisis que permiten identificar y solucionar problemas que afectan la calidad así como controlar y estandarizar los principales procesos de producción de una empresa.

Conviene aquí recordar una frase que resume tanto la importancia del uso de las mediciones como el método para lograr la calidad total: "No se puede mejorar lo que no se controla; no se puede controlar lo que no se mide; no se puede medir lo que no se define."<sup>12</sup>

A grandes rasgos, podríamos resumir que calidad total es un sistema de administración que persigue el mejoramiento continuo de la calidad de los bienes o servicios que de una organización, en función de las necesidades o expectativas de los clientes internos o externos, a través de la participación de todos sus miembros y con el liderazgo decidido de los directivos.

Destacan varios autores que han abordado el tema de que la administración por calidad incluye tres aspectos básicos:

1. Lo más importante es lograr la satisfacción de los clientes internos y externos.
2. Es esencial la participación de todos los miembros de la organización. En este sentido es determinante el liderazgo que debe ejercer el cuerpo directivo de la misma, así como el impulso al trabajo de equipo.
3. Es necesario utilizar técnicas y herramientas para identificar, analizar y solucionar problemas y promover el mejoramiento continuo de la calidad de los productos y los procesos realizados por los diversos departamentos y equipos de trabajo dentro de la organización.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Ishikawa, K. (1994). Calidad y Productividad. México: Edit. CECSA. Págs. 75-89

<sup>13</sup> Weiss, D. (1994 a). Desarrollar un equipo eficaz. México: Edit. Aguilar, Altea. Págs.95-102.

En la siguiente figura se muestra gráficamente la relación que existe entre los tres aspectos básicos de la calidad total. Lo primero que resalta es que los tres están representados como los lados de un triángulo equilátero, lo que significa que deben de tener la misma importancia. Por otra parte, al igual que el triángulo se desbarataría si se eliminara alguno de sus lados, la calidad sería imposible si fallara cualquiera de sus elementos.<sup>14</sup>

#### Los tres elementos de la calidad total.



<sup>14</sup> Shein, H. (1998). Consulta de Procesos. México: Edit. Site. Pág.25

Por ejemplo, si los directivos de una organización pregonan la calidad como el máximo valor institucional, promueven el trabajo en equipo e insisten en el uso de técnicas estadísticas, pero éstas se utilizan sólo para resolver aspectos que no afectan la calidad del producto que reciben los clientes externos, es decir que a éstos no se les toma en cuenta para establecer la prioridad de los problemas o proyectos de mejoramiento, la calidad total no existe.<sup>15</sup>

Por otro lado, si se insiste en que lo más importante es lograr la satisfacción de los clientes externos e internos y se reconoce que sólo a través del trabajo en equipo será posible conseguirlo, más no se dota a los integrantes de éstos con los instrumentos y técnicas para identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas, jamás se podrá determinar si efectivamente la calidad ha mejorado o todo ha quedado en solo buenas intenciones.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Carlzon, J. (1989). El momento de la verdad. España: Edit. Díaz de Santos. Págs.37-42.

<sup>16</sup> Colunga, C. (1985). La Calidad en el Servicio. México: Edit. Panorama Págs 11-14.

Por último, si los directivos sólo se involucran superficialmente en las actividades para desarrollar el nuevo sistema de administración y no desempeñar su papel de líderes en este proceso, los equipos de trabajo que lleguen a formar no sentirán un respaldo firme ni encontrarán sentido al dedicar su tiempo y esfuerzo a mejorar la calidad y buscar la satisfacción de los clientes internos y externos, solo así, se podrá obtener un resultado óptimo en la aplicación de programas de mejora continua de la calidad.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup>Weiss, D. (1994 b). Cómo convertirse en un líder eficaz. México. Edit. Aguilar. Págs. 87-97.

## MÉTODO

En nuestra investigación se evaluó el impacto de un programa de Mejora Continua de la Calidad enfocado al área de recepción del paciente la cual carecía de eficacia y oportunidad para prestar un buen servicio. Este trabajo reporta las actividades realizadas dentro de una unidad Tipo II denominada "Arenal Cuarta Sección" ubicada en la calle de Xaltocan y Xocoyote s/n, Colonia Arenal fundado el primero de junio de 1981, el cual cuenta con una plantilla de cuarenta y dos empleados, los cuales prestan servicios de salud de primer nivel.<sup>18</sup>

En este Centro se formó el primer comité de mejora continua de calidad en agosto de 1995, integrado por nueve empleados pertenecientes a diferentes áreas de servicio: médico, paramédico y administrativo.

El procedimiento que se usó para la implantación de estrategias de calidad, será descrito a continuación; en el mismo, se dará realce a la actividad que el psicólogo realizó como asesor de mejora continua de la calidad.

Para llevar a cabo dicha actividad, fue necesario identificar los pasos adecuados para lograr definir los tiempos de sensibilización, implantación, y evaluación o medición, con un adecuado efecto y desarrollo.

---

<sup>18</sup> Kumate, R. (1996). Salud para el 2000. Boletín informativo. S.S.A. (2), 60-68.

Cabe aclarar que las sesiones llevadas a cabo con el comité tuvieron una periodicidad de dos horas por semana.

### **OBJETIVO DEL TRABAJO**

Tomando en consideración que en nuestra investigación medió el efecto de la aplicación de un programa de calidad dirigida a elevar el nivel de atención en el servicio de recepción, nuestro objetivo del trabajo quedo determinada de la siguientes manera.

**“ Elevar la calidad en la prestación del servicio de recepción del paciente en un centro de salud mediante la aplicación de un programa de mejora continua”**

### **VARIABLES**

Las variables de nuestro trabajo quedan expresados así:

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

un programa de calidad

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

Mejorar el servicio de recepción

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

**Programa:** Es un conjunto de pasos o actividades encaminadas a lograr un fin, dentro del ámbito de la mejora continua.

**Calidad:** Se define como: "la satisfacción del sujeto de acuerdo a las características demandadas en el servicio o producto".<sup>19</sup>

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

**Servicio:** "es proporcionar a los individuos un producto de carácter no tangible, en un marco de oportunidad y adecuada calidad."<sup>20</sup>

**Mejora:** Es un sistema de administración que persigue el mejoramiento continuo de la calidad de los bienes o servicios de una organización, en función de las necesidades o expectativas de los clientes externos o internos, a través de la participación de todos sus miembros y con el liderazgo decidido de los directivos.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Carrión, C. (1990). Programas de calidad. México: Edit. UNAM. Pág. 48-52.

<sup>20</sup> Taylor, C.E. (1984). La Aplicación de la Investigación sobre sistemas y Servicios de Salud. Ginebra: Edit. Organización Mundial de la Salud. Pág. 67

<sup>21</sup> Donabedian A. Citado en Shein, H. (1988) Consulta de procesos. México: Edit. Site. pág. 23-29.

**Recepción.** En sentido connotativo se define como la acción mediante la cual, se le da bienvenida a un sujeto con el fin de inducirlo en un nuevo contexto.

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

**Sujetos:** Setenta.

**Edad:** De dieciocho años a sesenta y cinco años.

**Sexo:** Masculino y Femenino.

**Escolaridad:** Secundaria trunca o terminada.

## MUESTREO

La muestra fue aleatoria de tipo sistemático ya que se seleccionaron a los sujetos en intervalos regulares, en este caso eligiendo uno de cada cuatro pacientes (1:4), hasta completar la muestra de dos grupos de treinta y cinco. El primer grupo fue entrevistado antes de aplicar el programa de mejora continua y el segundo al concluir el mismo. El procedimiento se llevó a cabo en el lapso de una semana, cabe mencionar que la muestra fue establecida de acuerdo a los criterios de productividad de la unidad de salud (paciente / hora / médico).<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Kerlinger N. Fred. (1988) Investigación del Comportamiento, México: Edit. Mc. Graw Hill

## **TIPO DE ESTUDIO**

En la presente investigación se aplicó una encuesta de grupos, mediante la cuál se hizo posible obtener los datos de los pacientes mediante una entrevista personal, ésta técnica permitió al psicólogo estudiar los cambios en las actitudes.

Así mismo, el trabajo realizado fue de campo ya que el investigador se puso en contacto directo con el escenario y sujetos de estudio.

## **DISEÑO**

En este trabajo se establecieron dos grupos independientes de treinta y cinco pacientes cada uno de ellos

## **INSTRUMENTOS Y MATERIALES**

Un Centro de Salud.

Una computadora con monitor para Windows 97.

Anexo A Carta Proceso.

Anexo B Carta Calidad del Proceso.

Anexo C Asignación de Prioridades.

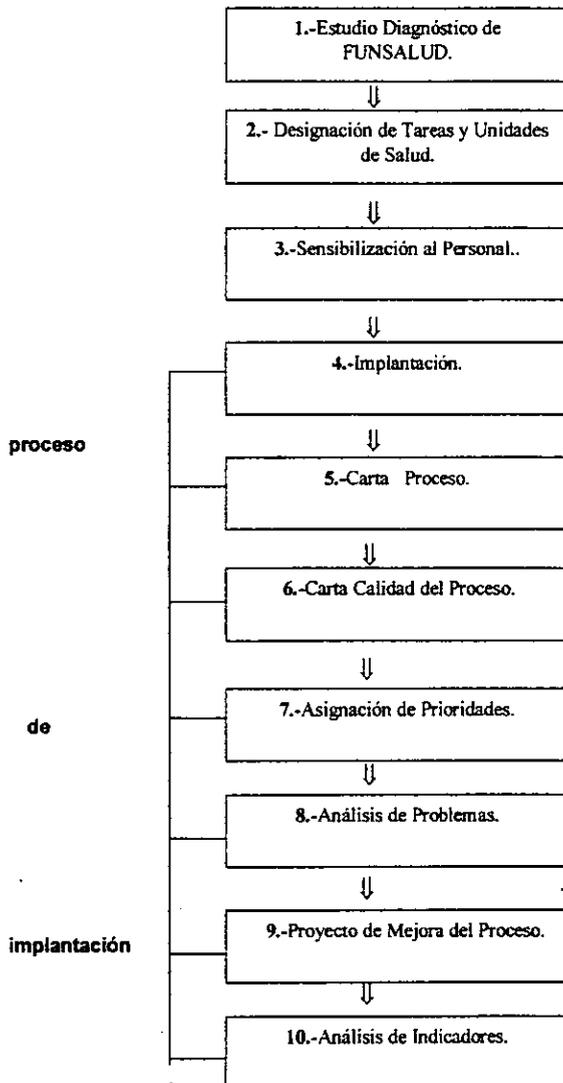
Anexo D Análisis de Problemas.

Anexo E Proyecto de mejora.

Anexo F Indicadores.

Anexo G Encuesta de Satisfacción de Usuarios.

A continuación se muestra el Diagrama de Flujo. Para expresar sistemáticamente el proceso de calidad analizado.

**APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD****(Diagrama de Flujo)**

## PROCEDIMIENTO

### 1. - ESTUDIO DIAGNOSTICO DE FUNSALUD.

El antecedente inmediato del programa de Mejora Continua de Calidad de los Servicios de Salud Pública del D.F. lo representa, la encuesta nacional realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en el año de 1994, donde se evidencia la falta de calidad en la prestación de servicios médicos en todo el país.

Como una medida para coadyuvar dichas deficiencias, se aplica un programa piloto de calidad en las jurisdicciones sanitarias Azcapotzalco y Gustavo A. Madero, poco después de iniciadas estas acciones, en marzo de 1995 se oficializó la comisión número dos del Consejo Nacional de Salud, para definir con ello estrategias generales para iniciar acciones inmediatas sobre este programa, en las dieciséis delegaciones políticas.

## **2. - DESIGNACIÓN DE TAREAS Y UNIDADES DE SALUD.**

La estrategia tomada en la jurisdicción sanitaria Venustiano Carranza fue la de capacitar a cinco recursos humanos conformando un grupo multidisciplinario integrado por médico, enfermera psicólogo y trabajador social.

Después de concluida su capacitación como asesores de calidad se les asignó de dos a tres unidades con el fin de desarrollar el análisis de consultoría de procesos prioritarios

## **3. - SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL.**

Una vez seleccionado el proceso, surge la necesidad de establecer como se iniciará y como se va a conducir el trabajo, para ello es necesario sensibilizar al personal acerca de la importancia de mejorar el desarrollo de sus actividades, integrar un buen trabajo como grupo y establecer adecuados estándares de medición para sus actividades.

Para este fin debimos dedicar una o dos sesiones a la integración del comité de calidad el cual se encargaría de realizar el análisis de procesos. El trabajo realizado en esta unidad lo llevo a cabo un equipo multidisciplinario en donde se integro el directivo de la unidad una trabajadora social una enfermera dos médicos, un odontólogo, dos auxiliares técnicos y la responsable del proceso en este caso: la recepcionista.

El trabajo del comité comenzó con la aplicación de dinámicas grupales esto, para que los integrantes se conocieran en forma individual rompiendo limitaciones de carácter laboral y personal, creando así un ambiente empatico y de cordialidad.

Así mismo, en cada sesión se llevó a cabo alguna dinámica vivencial ( "árbol de la vida", "Los 100 logros", etc. ) acorde con el tema a tratar, lo que generó mayor participación, mejorando la creatividad e innovación de los integrantes del comité.

Bajo este marco también se establecieron los lineamientos generales para el trabajo de grupo, y se definieron compromisos de participación y disciplina dentro del comité, necesarios para dar inicio a la parte de implantación del programa de mejora continua.

#### **4. - IMPLANTACIÓN.**

La fase de implantación en nuestro sistema de calidad, comprende un análisis de las actividades necesarias para llevar a cabo un proceso. A continuación desglosaremos paso a paso el desarrollo del trabajo del comité en este análisis.

El primer instrumento analizado en este proceso metodológico se denomina carta proceso.

#### **5. - CARTA PROCESO.**

Este instrumento nos permitió identificar los factores a controlar, los resultados esperados y los responsables de cada una de las actividades llevadas a cabo por la recepcionista. Sirvió para representar una visión preventiva con respecto a las necesidades que requiere el mismo proceso para la satisfacción del usuario. Así mismo, sirvió para medir área de responsabilidad no solo de la responsable del proceso sino del resto del equipo de salud y su papel específico para coadyuvar dicha actividad.

Este análisis se representó gráficamente a través de un diagrama de flujo, que permitió identificar factores o circunstancias que se deben de controlar para que los resultados obtenidos (productos o servicios) satisfagan las necesidades del paciente, en este caso una adecuada atención en el área de recepción en el centro de salud urbano.

Dicho instrumento también les permitió identificarse como equipo multidisciplinario con la tarea en común de mejorar la calidad de la atención.

( Anexo A página 73)

## **6. - CARTA CALIDAD DEL PROCESO.**

Este documento tiene una estrecha relación con el anterior, ya que los datos de los requisitos de calidad que se solicitaron se basan en los insumos y en los productos que fueron mencionados en la carta proceso.

Los insumos ( anexo B-I página. 76 ), se detallaron con especificaciones para desarrollar el proceso de manera adecuada basándose en datos relacionados con la oportunidad, funcionamiento, cantidad, integridad, claridad y precisión del insumo..

Debido a que se percibió poca comunicación entre el personal involucrado en la tarea, así como un inadecuado conocimiento a un nivel técnico para desempeñar la actividad de recepción se le pidió al comité que estableciera un departamento o área encargada de proporcionar los materiales necesarios a la recepcionista, ya que se detectó que esta misma, carecía de algunos materiales de papelería necesarios para realizar su actividad, en esta etapa se procuró que el personal fuera el primer beneficiado con el producto obtenido en el proceso. (Anexo B-2 página. 77)

En este instrumento, se previó describir los momentos que a lo largo del proceso representaron una dificultad para lograr la satisfacción del paciente o del propio personal involucrado, con la finalidad de adquirir nuevas oportunidades de mejora. (Anexo B-3 página 78)

Realizado esto, se priorizaron las necesidades surgidas mediante un análisis denominado: Asignación de prioridades.

## 7. - ASIGNACION DE PRIORIDADES.

Este instrumento se refiere a la asignación de prioridades, en dónde se enfatizó la importancia de identificar los problemas u oportunidades de mejora, y ordenarlos de acuerdo a su nivel de importancia, Tomando en consideración los criterios de **magnitud** (que tan grande es el problema), **trascendencia** (cómo afecta otras áreas o sectores), **vulnerabilidad** (capacidad para resolver el problema) y **factibilidad** (disposición de recursos políticos y económicos), esta evaluación se llevó a cabo en una escala del uno al cinco. Con ello se facilita la toma de decisiones en el abordaje de los mismos, evitando el desgaste, y la falta de motivación que trae consigo; al tratar de solucionar los problemas poco vulnerables o factibles siendo sugerente ante la solución más asertiva sobre los problemas detectados.

Por lo anteriormente descrito en éste documento; se determinó si se requería involucrar al personal de niveles superiores, en caso de que la expectativa de solución saliera del alcance del comité (por ejemplo: mayor infraestructura, recursos económicos, humanos, etc.)

En nuestro análisis se detectaron los problemas que con regularidad se presentaban en nuestra unidad de trabajo, siendo los siguientes: La actitud del velador para abrir el Centro y recibir al paciente, el horario de atención del servicio, la escasa capacitación del personal de admisión en lo que se refiere a los programas y servicios que presta la unidad, así como en los datos que se piden en la ficha de admisión, ya que no son los más idóneos para su rápida ubicación, los pacientes piden asignación de consultorios diferentes al que les corresponden, también observamos la falta de promoción de los servicios, falta de promoción de educación y fomento a la salud que presta la Unidad.

Sin embargo, la sola priorización y detección de problemas no fue suficiente para llevar a cabo una adecuada mejora del proceso; Sino que se requirió del análisis detallado de cada uno de ellos, en nuestro caso se empleo un instrumento denominado análisis de problemas. (Anexo C página 80)

## **8. - ANÁLISIS DE PROBLEMAS.**

Este análisis permitió identificar las causas que originan el problema u oportunidad de mejora, así como plazo de solución y responsables de su aplicación para cada una de ellas.

El instrumento describió el problema, las causas, áreas involucradas, soluciones, responsable y plazo estimado, para realizar esta tarea se emplearon **diagramas de causa efecto** para gráficar los rubros antes mencionados y así facilitar su estudio.

En nuestro proceso denominado "mejora en la recepción del paciente en un centro de salud urbano", fue necesario analizar cuatro problemas centrales de acuerdo al criterio del comité de calidad, expresándose los mismos a continuación:

- a) Personal de recepción con un inadecuado conocimiento de programas y servicios que presta el centro. (Anexo D-1 página 82)
  
- b) Los pacientes demandan asignación de consultorios diferentes a los que les corresponden. (Anexo D-2 página 84)
  
- c) La ficha de admisión carece de datos completos para la rápida ubicación del paciente. (Anexo D-3 página 86)

- d) Incrementar la impartición de pláticas de fomento a la salud.

A partir de éste análisis se hizo necesario el asignar tareas al personal involucrado en el proceso, con la finalidad de mejorar las actividades realizadas. Esta información se sistematizó en forma de Diagramas causa – efecto o de Ishikawa. ( anexo D-4 página 88)

## **9. - PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO.**

En esta etapa, con toda la información recopilada y con el análisis resultante de los instrumentos de calidad aplicados, desde el diagrama de flujo hasta la elaboración de indicadores y estándares de calidad, estuvimos en posibilidad de realizar la integración del proyecto de mejora de calidad del proceso y de hacer las propuestas de solución y modificación de los mismos.

Las propuestas de solución fueron registradas y se estableció un plazo de ejecución así como un responsable directo ante dicha actividad. Para lograr un mejor control de la realización de las soluciones propuestas se registró el plazo y responsable de dicha actividad.

En nuestro proceso cuatro fueron las actividades básicas para emprender la mejora, siendo las siguientes:

- a) Elaborar formato para la ficha de recepción con datos generales del paciente la cual debe ser funcional para la recepción, caja y médico.
- b) Reproducir videos para la impartición de pláticas de salud intra y extra muros, para optimizar los tiempos de espera en la unidad de salud.
- c) Realización de carteles de promoción de los servicios de la unidad para el módulo de recepción.
- d) Realización y aplicación de una cédula de encuesta para satisfacción de usuarios (focal) por aleatoriedad, enfocada al proceso.

Concluida dicha tarea, se hizo necesario establecer estándares de medición para corroborar de manera objetiva el impacto del programa de mejora continua de calidad en el Centro de Salud "Arenal Cuarta Sección". (Anexo E página 91)

## 10. - ANÁLISIS DE INDICADORES.

Un indicador, es un número obtenido a partir de una fórmula que nos permite establecer cuántas veces se presente o se deja de presentar un evento, su utilidad radica en que indican o cuantifican cómo fue el medio ambiente, cambio sugerido en algún proceso, etc.

Esta información la logramos comparando los diferentes resultados observados sobre un evento en el tiempo que deseamos controlar. A esta vigilancia le llamamos monitoreo.

Sin embargo, también es necesario saber cómo se comportó el servicio como tal, comparándolo con una cantidad preestablecida, llamada: estándar.

Finalmente, para poder contar con los datos que alimenten de manera adecuada, concreta y completa nuestros indicadores, es necesario contar con un sistema de información (fuentes). Otras ocasiones, son documentos o encuestas que diseñó el propio comité.

En nuestro trabajo se analizaron y formaron, cinco indicadores (Anexo F página 93) que corresponden a los siguientes aspectos:

- a) Número de pacientes atendidos por el módulo de recepción.
- b) Número de pacientes exentos de pago.
- c) Número de pláticas de promoción para la salud.
- d) Número de pacientes que demandan cambio de módulo de atención.
- e) Número de pacientes atendidos adecuadamente por el módulo de recepción.

Para poder llevar acabo el análisis cualitativo y cuantitativo de estos indicadores fue necesario diseñar un instrumento que nos permitiera captar la opinión del cliente externo o paciente en dos diferentes tiempos: el primero, al comienzo del trabajo del comité de calidad y el segundo al finalizar el análisis del proceso.

Este instrumento (Anexo G página 98) fue aplicado por el personal del Programa de Mejora Continua de la Calidad, dentro de la sala de espera – después de haber sido atendidos por el módulo de recepción, del Centro de Salud. Con ello se medirá el impacto del programa en la mencionada unidad aplicativa.

Dicho instrumento cuenta con nueve reactivos los cuales fueron aplicados a 35 sujetos en una frecuencia de 1:4, éstos parámetros fueron establecidos por el nivel central de la Secretaría de Salud, de acuerdo a la productividad de la unidad, el mismo procedimiento se aplicó en la 1era. Encuesta de Satisfacción de Usuarios en el D.F de FUNSALUD.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS Y DISCUSIÓN.

El nivel de medición fue de carácter *ordinal*, ya que se estableció una secuencia al designar los grupos, a partir de sus respuestas se pudieron establecer *índices de frecuencia* los cuales ayudaron a comparar a los grupos independientes antes y después de aplicar el programa de calidad. Estos resultados se *describieron* y *graficaron* para su mejor comprensión

Para poder obtener los resultados de esta investigación se aplicó un cuestionario de nueve preguntas, el instrumento de carácter anónimo solo registro edad, sexo y escolaridad del paciente entrevistado,(dicho instrumento fue piloteado y validado por el nivel central de la Secretaría de Salud).

El cuestionario contempla los siguientes aspectos a explorar:

- a. Atención en el módulo de recepción.
- b. Horario de repartición de fichas.
- c. Tiempos de espera del paciente.
- d. Presentación del personal de recepción.
- e. Filtros llevados a cabo para la atención médica.
- f. Prestación de otros servicios.
- g. Quejas, sugerencias y felicitaciones.

Cada aspecto fue expresado en forma de preguntas con las opciones a) sí b) no, para los ítems 2,5,7,8. Con las opciones a) bien b) mal c) regular las preguntas: 1, y 4. Con opción de tiempo a) menos de treinta minutos b) treinta minutos y c) más de treinta minutos la pregunta número 3. Al final se incluyó una pregunta abierta de opinión (9).

Aclarado lo anterior, pasaremos a analizar cada rubro del instrumento mencionado.

a. La atención en el módulo de recepción.

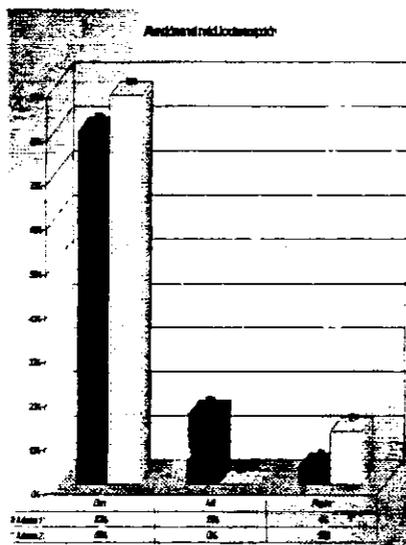
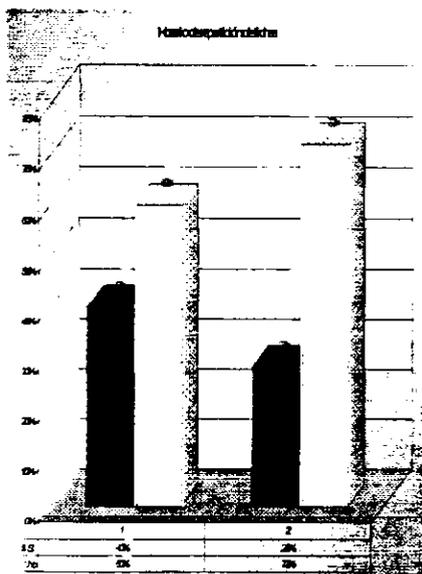


Figura 1.

Dentro de este aspecto se aprecia una mejora al elevarse de un 80% a un 88% el número de pacientes que calificaron como "buena" la atención prestada por el servicio de recepción, eliminando así opiniones sobre un "mal" servicio. Sin embargo, cabe mencionar que existe un doce por ciento de pacientes que eligen la respuesta "regular" para calificar al servicio, esto mismo se presenta como una oportunidad de mejora, considerando que un objetivo de la calidad es la de disminuir a "cero" los defectos para lograr así la satisfacción total con el servicio prestado. (Figura 1)

**b. Horario de repartición de fichas.****Figura 2.**

En este rubro se detectó que era necesario que el paciente llegara con antelación a la unidad de salud, con el fin de poder obtener una "ficha" para recibir atención. En la primera medición se reporta, que un 40% de los pacientes debía llevar a cabo dicha acción, y para la segunda medición, dicho porcentaje disminuyó a un 28%, pese a las estrategias de programación de citas, y agenda por médico tratante. (Figura 2)

### C. Tiempo de espera.

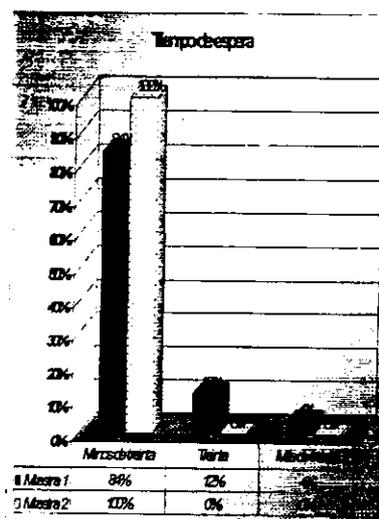


Figura 3.

Una de las principales características que definen a un servicio de salud pública, son los largos tiempos de espera para recibir atención, esta unidad no es la excepción, sin embargo, para la segunda medición se logró reducir a 30 minutos el tiempo de espera del 100% de los pacientes entrevistados. ( ver Figura 3)

#### d. Presentación del personal de recepción

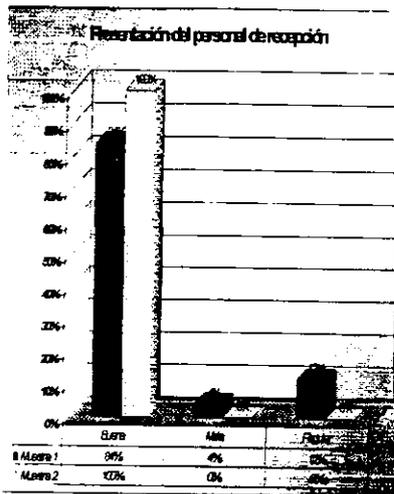


Figura 4

Una de las principales condiciones para lograr un servicio satisfactorio no sólo es proporcionar un trato amable, sino contar con una presentación adecuada (limpieza, uniforme, pulcritud) como parte del respeto al paciente. Debido a esta situación se midió dicho aspecto en el cuestionario aplicado. Los resultados para la segunda etapa fueron altamente satisfactorios ya que el 100% de los pacientes calificaron como "buena" la presentación de la recepcionista, contra un 84% que opino lo mismo en la primera evaluación. ( Figura 4)

e. Información del médico que le corresponde.

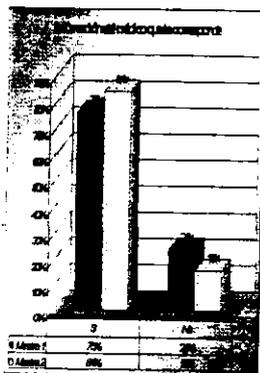


Figura 5.



Figura 6.

El absentismo y la negligencia son rasgos característicos del personal médico en los sistemas de salud que proporciona el Estado, es por ello, que se hace necesario conocer la opinión del usuario con respecto a la asignación y características del personal médico.

Respecto a este tópico, el 84% de los pacientes fueron informados por la recepcionista con respecto al médico que les fue asignado de acuerdo a su domicilio, y el mismo porcentaje recibió atención por parte de este profesional. (Figura 5). No obstante, existe una prevalencia del 16% de pacientes que no pasan con el médico que les corresponde principalmente debido al ausentismo o maltrato que sufren éstos. (Figura 6).

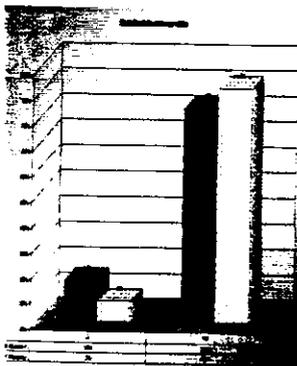
**f.- Solicitud de otro servicio.**

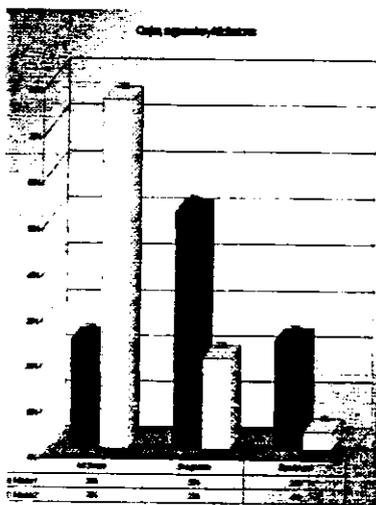
Figura 7.



Figura 8.

Otra función de la recepcionista, es orientar al paciente acerca de los servicios que presta la unidad, aparte de la consulta general. En este rubro se captó que hubo una disminución de un 16% a un 8%, (Figura 7) en lo que refiere al número de pacientes que acuden a demandar otro servicio, el total de los mismos fue informado oportunamente acerca de los requisitos horarios y características del servicio demandado. (Figura 8)

### g. Quejas, sugerencias y felicitaciones.



**Figura 9.**

Al final de la encuesta fue necesario valorar mediante una pregunta abierta la opinión del usuario para saber si tenía una queja, felicitación o sugerencia del servicio. Se detectó que hubo un aumento del 52% al 76% de usuarios que no quisieron expresar ninguna queja, sugerencia o felicitación. Con respecto al mal servicio, dicha opinión disminuyó del 24% a un 4%. Sin embargo, existen personas que opinan que el servicio es bueno y califican la actitud de la recepcionista como amable y cordial, esto en un 20% de los casos. ( Figura 9)

Una vez realizado el análisis cuantitativo de los resultados obtenidos de la aplicación de nuestro instrumento, podemos afirmar que se mejoró porcentualmente la calidad del servicio de recepción en el centro de salud. En cuanto al aspecto interpersonal, punto complementario para evaluar un sistema de mejora continua de calidad, se destaca los siguientes aspectos:

- a. Se dotó de habilidades y se informó al personal del área de recepción, sobre adecuación de estrategias y programas mediante cursos de capacitación continua.
- b. Especificación, delimitación e identificación de las tareas del personal involucrado en el proceso en el ámbito individual y colectivo.
- c. Se logró el establecimiento de reuniones multidisciplinarias de monitoreo para evitar el olvido en la asignación de tareas enfocadas a la mejora continua.
- d. Se implementó así la utilización de técnicas audiovisuales (videos, diaporamas), enfocadas a promover los servicios de salud con los que cuenta la unidad.
- e. Se establecieron nuevos formatos, agendas y calendarios para hacer más dinámicos el proceso de recepción del paciente.
- f. Finalmente, el personal de salud logró que la comunidad donara material de apoyo audiovisual para su propio beneficio, y por ende la mejora en la calidad del servicio.

## CONCLUSIONES

Es así, como hemos realizado un análisis de los resultados de la intervención del Psicólogo en el marco de la mejora continua, de la cual se puede deducir que se logró un cambio de carácter positivo, pues existió una mejora en la calidad del servicio dado al paciente o cliente externo ( de un 80% a un 88% de los pacientes calificaron el servicio como bueno) y a su vez, la satisfacción de las tareas realizadas desde el punto de vista del prestador de servicios o cliente interno; cabe subrayar, el desarrollo de estas tareas en sus dos dimensiones técnica e interpersonal, esto se proyectó en el cambio de actitud en el prestador de servicios el cual reconoció la importancia de llevar sus tareas a efecto con un adecuado nivel de calidad esto basado en su importancia en el ámbito social y laboral.

Así, concluimos que el psicólogo es un profesionalista idóneo para aplicar un sistema de calidad, ya que cuenta con los conocimientos técnicos y prácticos necesarios para enfrentar vicisitudes originadas de las carencias de los trabajadores y de la empresa; así mismo, pueden encaminar estrategias para estimular su necesidad de logro, vencer resistencias al cambio y elevar su autoestima, esto sobre todo en un sistema burocrático empeñado en conservar estructuras improductivas y vetustas.

Sin embargo la actividad del profesional de la Psicología tuvo menoscabo o limitaciones dentro de esta estructura burocrática punto que desglosaremos en el siguiente apartado.

## VIII. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Las limitaciones que identificó el asesor junto con el comité de calidad, pudieron ser subsanadas ya que se contó con el apoyo de cada integrante del grupo, incluyendo por supuesto al director de la unidad, esto, facilitó sustancialmente el desarrollo de las tareas, ya que se homogeneizaron las actividades logrando con ello una mejor identificación grupal. Sin embargo, cabe aclarar que existieron obstáculos o limitaciones importantes para continuar otros procesos entre ellos se destaca: el poco apoyo material a las necesidades, la actitud de otras autoridades superiores que contemplan la calidad como una "pérdida de tiempo", ya que a su consideración los análisis son lentos e improductivos, y finalmente, la poca motivación con la que cuenta el personal para realizar dichas actividades, ya que se les considera como sujetos no indispensables a la institución.

Cabe mencionar que parte de las dificultades encontradas se debe a que no existió un estudio diagnóstico de las condiciones psicológicas y socio laboral de los empleados de la Secretaría de Salud, ya que esto nos hubiera permitido establecer ideas acordes a la idiosincrasia del trabajador, optimizando con base a ellos tiempo y resultados y no sólo, aplicando una metodología que aunque haya probado su éxito en otros contextos, esto no garantiza su adaptabilidad a nuestra realidad.

Otra limitación propia del proceso fue la aplicación de un instrumento de medición, (encuesta de satisfacción de usuarios) dicotomizado y sucinto debido a que sólo evalúa un servicio; en este caso el módulo de recepción del paciente.

Derivado de esto, a continuación expresaremos algunos puntos de vista que consideramos puedan ser aplicables para lograr efectividad con programas de mejora continua de calidad:

- Debe realizarse un estudio socio psicológico del contexto laboral en donde se pretenda aplicar un programa de mejora continua.
  
- Se debe contar con recursos materiales y humanos suficientes para generar las tareas de manera eficaz.
  
- Debe existir conocimiento y comprensión por parte de la autoridad ya que esto es un proceso lento y que los primeros resultados se esperan en un lapso no menor de dos años.
  
- El personal debe ser motivado a fin de poseer una adecuada necesidad al cambio y al logro, en dicho programa puede participar el psicólogo.

- Sería conveniente evitar copiar o adecuar sistemas extranjeros fuera de nuestra realidad, una mejor opción puede ser, crear sistemas de mexicanos para mexicanos basados en su cultura laboral.

- Finalmente se hace conveniente integrar y evaluar a todos los puestos de la unidad médica, no solamente a aquellos involucrados en el proceso de recepción, esto para contar con parámetros más específicos y efectivos, sin olvidar el involucramiento de las autoridades.

## IX. APORTACIONES

Debido a sus características, la presente tesis realizó aportaciones a la Psicología en el ámbito laboral y clínico. Esto ya que al aplicar un programa de mejora continua en el área de salud se cumplen dos propósitos: 1.- El detectar necesidades del personal de salud con respecto a su desempeño laboral y su ámbito laboral ( parte humana de la Calidad), la otra parte esta integrada con el propósito de dotar a la población de servicios médicos de calidad.

En este marco el psicólogo no solo fungió como investigador de necesidades, también se participó como asesor de calidad, tarea mediante la cual pudo ser partícipe del problema, de esta forma la valoración del alcance del programa se pudo calificar de forma cuantitativa y cualitativa, en sus dimensiones técnica e interpersonal.

Esto sin duda fue una de las principales aportaciones del trabajo, ya que generalmente se verifica la calidad en un aspecto meramente cuantitativo dejando a un lado el recurso humano.

Otra aportación a mencionar es el papel que tuvo el psicólogo como profesional a nivel diagnóstico de aplicación y evaluación dando énfasis a equilibrar necesidades y estrategias con recursos existentes, así mismo adecuando asertivamente filosofías sobre la calidad alejadas de nuestro contexto socio laboral.

Finalmente se pudo corroborar así que el presente trabajo va más allá de un análisis de procesos, debido a su carácter integrativo y su proyección dentro del esquema de la Secretaría de Salud, en el área de calidad, sector no explotado con anterioridad dentro de esta institución.

## X. BIBLIOGRAFIA

- Blake, E., ( 1992). Como trabajar en equipo. España: Edit. Norma.
- Carlies. M. Vorkeneuisser ( 1998). Diseño y Realización de Proyectos de investigación sobre Sistemas de Salud. Canadá: Edit. CIR
- Carlzon, J. ( 1989). El momento de la verdad. España: Edit. Díaz de Santos.
- Carr, C., (1990). La vanguardia al servicio del cliente. España: Edit. Díaz de Santos.
- Carrión, C. ( 1990). Programas de calidad. México: Edit. UNAM.
- Colunga, C. (1985). La Calidad en el Servicio. México: Edit. Panorama.
- Crosby, F. ( 1990). Calidad sin lágrimas. México: Edit. CECSA
- Donabedian, A. ( 1990). Calidad y productividad. México: Edit. CECSA
- Evaluación Anual de la Secretaría de Salud. ( 1996 ). México: Edit. S.S.A.
- Feinghaum, A. ( 1975). Control Total de la Calidad. México: Edit. CECSA.
- Ishikawa, K. ( 1994). Calidad y productividad. México: Edit. CECSA.
- Jurán, M. ( 1990). Liderazgo para la calidad. España: Edit. Díaz de Santos.
- Kerlinger N. Fred. (1988). Investigación del Comportamiento México: Edit. Mc. Graw Hill
- Kumate, R. (1996). Salud para el 2000. Boletín informativo. S.S.A. (2), 60-68.
- Roger G.( 1994). Ponga la Calidad a Prueba. México: Edit. Mc Graw Hill
- Ruelas, E., ( 1994). Cambio Organizacional. México: Edit. CECSA.
- Shein, H. ( 1988). Consulta de procesos. México: Edit. Site.
- Taylor, C.E. (1984). La Aplicación de la Investigación sobre sistemas y Servicios de Salud. Ginebra: Edit. Organización Mundial de la Salud.
- Thomsett, M. ( 1990). Las Reuniones de Trabajo. Colombia: Edit. Norma.
- Vidal Pineda, Reyes Zapata H. (1993). Diseño de monitoreo para un Programa de Calidad Total. Revista de Salud Pública en México, 35 (3), 23-31.

Weiss, D. ( 1994a). Desarrollar un equipo eficaz. México: Edit. Aguilar, Altea.

Weiss, D.( 1994b). Cómo convertir en un líder eficaz. México: Edit. Aguilar,

# Anexo A

## Carta Proceso

# CARTA DE PROCESO

UNIDAD APLICATIVA O SUBDIRECCION:

JURISDICCION SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: Admisión del paciente  
 COMITÉ: Arenal 4ta secc...  
 INICIO DEL PROCESO: Entrada del paciente a la unidad  
 FIN DEL PROCESO: Indicaciones de pago  
 PROPIETARIO: Recepcionista  
 CLIENTE: Paciente

FACTORES A CONTROLAR	DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Velador que abra puntualmente a las 7.00 la puerta, la cual deberá con -- señalamientos visibles</p> <p>Personal con uniforme e identificación.</p> <p>Mapa del área geográfica correspondiente al Centro de Salud</p> <p>Lista de precios y servicios, con señalamientos visibles</p>	<pre> graph TD     A[Entrada del paciente a la unidad] --&gt; B[Pasarse al módulo de recepción]     B --&gt; C[Ubicación del paciente dentro de la zona de influencia del Centro de Salud]     C --&gt; D[Servicio que se demanda]             </pre>	<p>R E C E P C I O N I S T A</p>	<p>Entrada del paciente al Centro de Salud</p> <p>Proporcionar orientación en base a las necesidades del paciente.</p> <p>Ubicar el domicilio del paciente para asignar módulo</p> <p>Orientar al paciente sobre servicio que demanda.</p>

FECHA DE ELABORACION

Hoja 1 de 2

# CARTA DE PROCESO

UNIDAD APLICATIVA O SUBDIRECCION:

JURISDICCION SANITARIA: VENUSTIANO CARRANZA

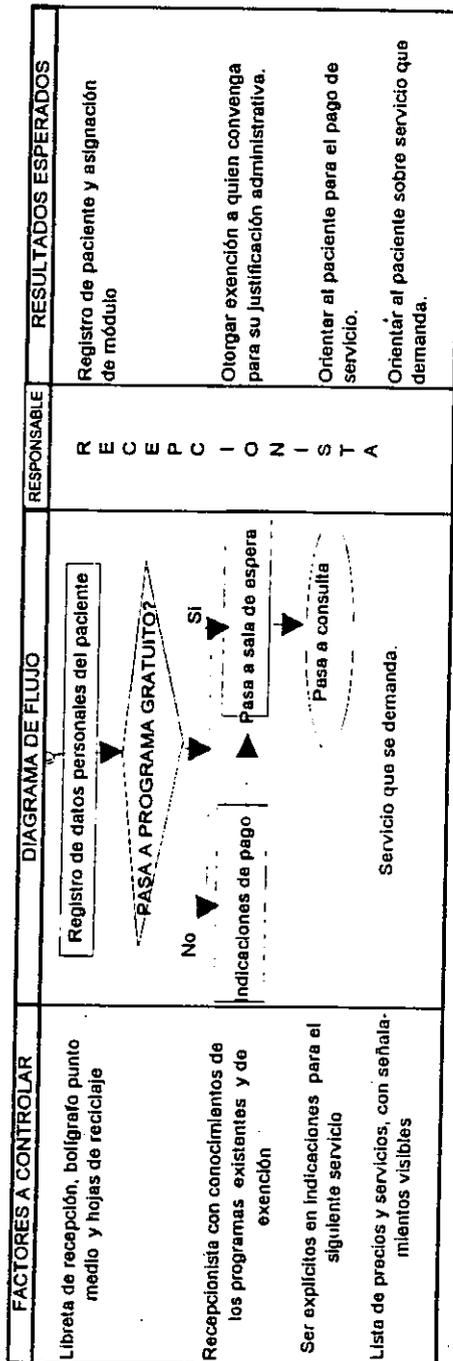
PROCESO: Admisión del paciente  
COMITÉ: Arenal 4ta secc..

INICIO DEL PROCESO: Entrada del paciente a la unidad

FIN DEL PROCESO: Indicaciones de pago

PROPIETARIO: Recepcionista

CLIENTE: Paciente



FECHA DE ELABORACION

Hoja 2 de 2

# Anexo B

## Carta Calidad del Proceso

S.S.P.D.F

Programa de Mejora Continua de Calidad

## CARTA DE CALIDAD DEL PROCESO Insumos

UNIDAD APLICATIVA: C. S. Arenal 4ta. Sección      JURISDICCIÓN SANITARIA: Venustiano Carranza

PROCESO: Recepción del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta. Sección

PROPIETARIO: Recepcionista

INSUMOS	REQUISITOS DE CALIDAD	PROVEEDORES
Puerta de la unidad	Limpia, abierta con señalamientos visuales	Centro de Salud
Señalamientos visuales	Claros y visibles	Director de la unidad
Carteles de difusión	Clara, llamativa, con mensajes cortos	Trabajo Social
Croquis del área geográfica	Tamaño oficio, dividido por módulos con indicador en colores llamativos	Trabajo Social y Enfermería
Libreta	Tamaño profesional, formateada de cuadrícula o rayas de 100 hojas	Almacén
Bancas de sala de espera	Limpias, en buen estado y distribuidas adecuadamente	Centro de Salud
Lista de servicios y precios	Visible, en cartulina con detalle de costos	Recepcionista
Bolígrafos	Punto medio, en tinta negra o azul	Almacén

S.S.P.D.F

Programa de Mejora Continua de Calidad

## CARTA DE CALIDAD DEL PROCESO productos

UNIDAD APLICATIVA: C. S. Arenal 4ta. Sección      JURISDICCIÓN SANITARIA: Venustiano Carranza

PROCESO: Recepción del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta. Sección

PROPIETARIO: Recepcionista

PRODUCTOS	REQUISITOS DE CALIDAD	CLIENTES
Recepción del paciente	Amable, rápida, simplificada	Paciente
Conocer el servicio solicitado	Especificar y conocer el servicio, orientar adecuadamente al paciente	Paciente
Ubicar al paciente dentro del área Geográfica	Asignación correcta y rápida	Paciente
Estanda del paciente en sala, en espera de turno para consulta	Agradable y corto. Durante ella el paciente conocerá los servicios de la unidad y adquirirá conocimientos sobre su salud.	Paciente

S.S.P.D.F

Programa de Mejora Continua de Calidad

## CARTA DE CALIDAD DEL PROCESO problemas

UNIDAD APLICATIVA: C. S. Arenal 4ta. Sección      JURISDICCIÓN SANITARIA: Venustiano Carranza

PROCESO: Recepción del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta. Sección

PROPIETARIO: Recepcionista

### OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS

Personal de recepción tiene poco conocimiento de programas y servicios que presta el centro de salud.

Los pacientes piden asignación consultorios diferente al correspondiente

La ficha de admisión carece de datos más completos para la rápida ubicación del paciente

Falta de impartición de pláticas de educación para la salud y promoción de los servicios que presta la unidad, en la sala de espera

# Anexo C

Asignación de  
prioridades

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## UNIDAD APLICATIVA O SUBDIRECCION:

JURISDICCION SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: Admisión del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta secc.

INICIO DEL PROCESO: Entrada del paciente a la unidad

FIN DEL PROCESO: Indicaciones de pago

PROPIETARIO: Recepcionista

CLIENTE: Paciente

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORIA	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	CALIFICACION
Actitud del velador poco amable para abrir el Centro y recibir al paciente	3	3	4	5	15
La Unidad se abre a las 8 00 a m. retrasando los trámites	3	3	3	3	12
El personal de admisión tiene poco conocimiento de programas y servicios que presta la unidad.	2	3	3	2	10
Los pacientes piden asignación de consultorios diferentes al que les corresponde.	2	3.5	3	5	13.5
La ficha de admisión carece de datos más completos para la rápida ubicación	5	3	5	5	18
Falta promoción de los servicios que presta la Unidad	4	4	4	3	15
Falta promoción de educación y fomento a la salud.	4	4	4	3	15

# ANEXO D

Análisis de  
problemas

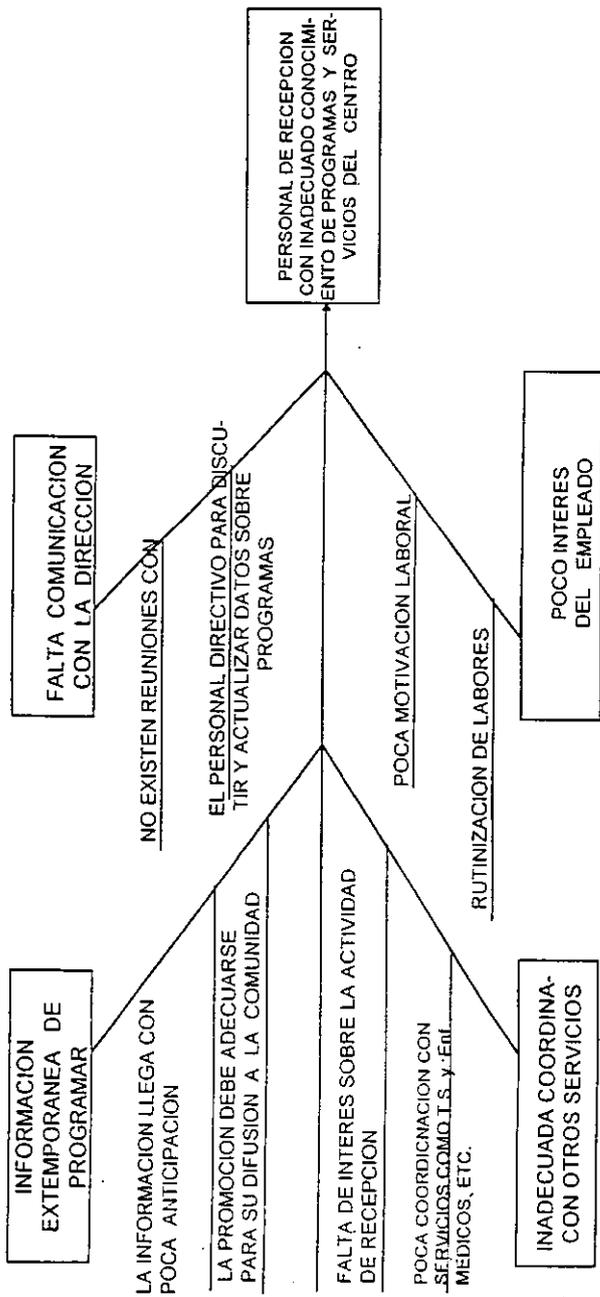
## ANALISIS DE PROBLEMAS

JURISDICCION SANITARIA: VENUSTIANO CARRANZA

UNIDAD: C.S.U. T.II "EL ARENAL" 4a. SECCION

PROCESO: RECEPCION DEL PACIENTE

PROBLEMA	CAUSAS	AREAS INVOLUCRADAS	SOLUCIONES PROPUESTAS	PLAZO ESTIMADO	RESPONSABLE
Personal de recepción con inadecuado conocimiento de programas y servicios del centro	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Falta de comunicación con la dirección</li> <li>* Poco interés del empleado</li> <li>* Información extemporánea de programas</li> <li>* Inadecuada coordinación con otros servicios</li> </ul>	<p>Dirección y Recepción</p> <p>Dirección y Administración</p> <p>Coordinación de T.S., Enf , Médicos y C.D.</p>	<p>Programar sesiones informativas para revisión de programas</p> <p>Fomentar estrategias para motivar al empleado para el desempeño de actividades</p> <p>Realización de coordinaciones ocupadas de tener vigencia en programas de acuerdo a la misma.</p> <p>Realización y coordinación de reuniones de retroalimentación con coordinadores del área</p>	<p>un mes</p> <p>un mes</p> <p>un mes</p> <p>quince días</p>	<p>Director</p> <p>Director</p> <p>Admón. y dirección</p> <p>Coordinadores de servicio y recepcionista</p>



D.G.S.S.P.D.F.

## ANALISIS DE PROBLEMAS

JURISDICCION SANITARIA: VENUSTIANO CARRANZA  
 PROCESO: RECEPCION DEL PACIENTE

PROBLEMA	CAUSAS	AREAS I.	SOLUCIONES PROPUESTAS	PLAZO	RESP.
Los pacientes piden asignación de consultorios diferentes a los que les corresponde.	Mala atención del médico	RECEPCION	Se canalizará al paciente con otro médico sólo en caso de ausencia, inflexibilidad en el horario y mala atención recibida.	U	DIRECTOR
	Horario de consulta del médico	DIRECCION	Se realizará un rol de apoyo en caso de ausencia de un médico	N	COORDINADOR MEDICO
	Falla de confianza con el médico tratante.	COORDINACION MEDICA	Se estimulará al paciente al uso del buzón de quejas y sugerencias si el motivo de no pasar con el médico es por mal trato.	M	RECEPCION
	Carácter del paciente o poca empatía con el médico.			E	
				S	

Carácter del paciente	Mala atención del médico
Problemas de horario del pte. Conflictos que suregen al demandar el servicio Ampliación del horario	El médico tiene prisa por terminar la consulta El médico llega de mal humor Tratamiento poco efectivo
Horario de consulta del médico	No hay calidez en la atención Falta de confianza con su médico
	Los pacientes piden pasar con otro médico.

D.G.S.S.P.D.F.

PROGRAMA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

ANALISIS DE PROBLEMAS

JURISDICCION SANITARIA: VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: RECEPCION DEL PACIENTE

UNIDAD: C.S.U T II "EL ARENAL" 4a SECCION

PROBLEMA	CAUSAS	AREAS INVOLUCRADAS	SOLUCIONES PROPUESTAS	PLAZO ESTIMADO	RESPONSABLE
La ficha de admisión carece de datos completos para la rápida ubicación del paciente.	<ul style="list-style-type: none"><li>* falta de iniciativa al cambio.</li><li>* En el servicio se emplea poco tiempo para el llenado de fichas.</li></ul>	recepción	<ul style="list-style-type: none"><li>* Cambio de formato.</li><li>* Recopilar todos los datos del paciente en una ficha, de manera que permita un mejor control para los usuarios (médico o cajero)</li></ul>	una semana	repcionista.



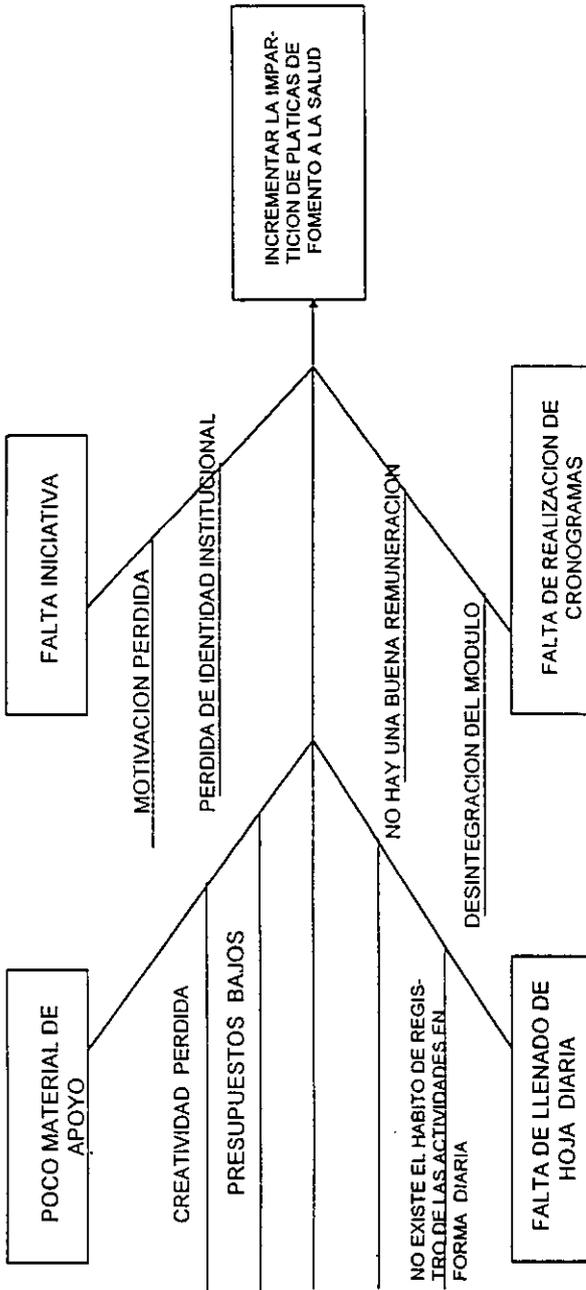
ANALISIS DE PROBLEMAS

JURISDICCION SANITARIA: VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: RECEPCION DEL PACIENTE

UNIDAD: C.S.U T II "EL ARENAL" 4a. SECCION

PROBLEMA	CAUSAS	AREAS INVOLUCRADAS	SOLUCIONES PROPUESTAS	PLAZO ESTIMADO	RESPONSABLE
Incrementar la participación de pláticas de fomento a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de iniciativa del personal</li> <li>• Falta de realización de cronogramas.</li> <li>• Existe poco material de apoyo.</li> <li>• Falta llenado de hoja diaria</li> </ul>	Recepción Trabajo Social Enfermería Dirección	<p>Realización de carteles de promoción de los servicios de la unidad para el módulo de recepción y sala de espera.</p> <p>Coordinación con la jefa del área para supervisar elaboración de cronogramas.</p> <p>Reproducir videos para la impartición de pláticas de salud intra y extra muros.</p>	un mes	repcionista. y T.S médicos C.D. enfermería
				tres meses	Dirección y T S



# Anexo E

## Proyecto de Mejora

S.S.P.D.P.

## PROYECTO DE MEJORÍA DE PROCESO

UNIDAD APLICATIVA: C. S. Arenal 4a. Sec JURISDICCION SANITARIA: Venustiano Carranza

SUBDIRECCION:

PROCESO : Admisión del paciente

COMITÉ: Arenal 4a. Sección

PROPIETARIO: Recepcionista.

OBJETIVO : Implementar estrategias para mejorar y medir el proceso de admisión.

ACTIVIDADES	PLAZO ESTIMADO	RESPONSABLE
Elaborar formato para ficha de recepción con datos generales del paciente la cual debe ser funcional para la recepción, caja y medico.	15 Dias	Recepcionista
Reproducir videos para la impartición de pláticas de salud intra y extra muros.	3 Meses	Director, T.S. y Enfermeras
Realización de carteles de promoción de los servicios de la unidad para modulo de recepción.	1 Mes	Recepcionista, y Trabajo Social
Realización y aplicación de una cedula de encuesta para satisfacción de usuarios (local) por aleatoriedad, enfocado al proceso.	2 Meses	Jefatura de Enfermeria T.S. C.D. Médicos y Recepcionistas.

FECHA DE ELEBORACION:

# Anexo F

## Indicadores

## UNIDAD APLICATIVA O SUBDIRECCION:

JURISDICCION SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: Admisión del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta secc...

FIN DEL PROCESO: Entrada del paciente a la unidad

PROPIETARIO: Recepcionista

CLIENTE: Paciente

INDICADOR	FORMULA	SIGNIFICADO	ESTANDAR	FUENTE	PERIODIC.
No. de pacientes que pasan por el serv. de recepción	$\frac{\text{No. de pacientes atendidos por el servicio de recepción}}{\text{Total de pacientes que acuden a la unidad en demanda de servicio X 100}}$	Verificar si el servicio de admisión-recepción, filtra a la mayoría de la población usuaria	80%	Hojas de informes Med. Enfr. Recep. T.S.	Bimestral
Pacientes exentos de pago	$\frac{\text{No. de pacientes que se exentan de pago}}{\text{No. de pacientes que demandan consulta general}} \times 100$	Conocer el porcentaje de exentos de la unidad	20%	Hoja de T.S y recepción	Semestral
Pláticas de promoción de los servicios del Centro de Salud	$\frac{\text{No. de pláticas de promoción de los servicios del Centro de Salud}}{\text{No. total de pláticas de salud impartidas}} \times 100$	Conocer la labor y fomentar la promoción de servicios	50%	Hojas de informes Med Enfr. T.S. Recep	Bimestral

FECHA DE ELABORACION

Hoja \_\_\_\_ de \_\_\_\_

UNIDAD APLICATIVA O SUBDIRECCION:

JURISDICCION SANITARIA. VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: Admisión del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta secc.

INICIO DEL PROCESO: Entrada del paciente a la unidad

FIN DEL PROCESO: Indicaciones de pago

PROPIETARIO: Recepcionista

CLIENTE: Paciente

INDICADOR	FORMULA	SIGNIFICADO	ESTANDAR	FUENTE	PERIODIC
Paciente que demanda cambio de médico	No. de pacientes que demandan asignación de módulo diferente	Paciente que demanda cambio de médico o de módulo	20%	Hoja de médico	Mensual
Pacientes atendidos adecuadamente por la recepción.	No. de total de pacientes que demandan consulta General X 100	Pacientes atendidos en forma adecuada por la recepción	80%	libreta de módulo	Semestral
	No. de pacientes atendidos adecuadamente por la recepción			Encuesta de satisfacción de usuarios	
	No. total de pacientes atendidos por la recepción X 100				

FECHA DE ELABORACION

Hoja \_\_\_\_ de \_\_\_\_

UNIDAD APLICATIVA O SUBDIRECCION:

JURISDICCION SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: Admisión del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta secc.

INICIO DEL PROCESO: Entrada del paciente a la unidad

FIN DEL PROCESO: Indicaciones de pago

PROPIETARIO: Recepcionista

CLIENTE: Paciente

INDICADOR	FORMULA	SIGNIFICADO	ESTANDAR	FUENTE	PERIODIC.
No. de pacientes que pasan por el serv. de recepción	$\frac{\text{No. de pacientes atendidos por el servicio de recepción}}{\text{Total de pacientes que acuden a la unidad en demanda de servicio}} \times 100$	Verificar si el servicio de admisión-recepción, filtra a la mayoría de la población usuaria	80%	Hojas de de informes Med. Enfr. Recep. T.S.	Bimestral
Pacientes exentos de pago	$\frac{\text{No. de pacientes que se exentan de pago}}{\text{No. de pacientes que demandan consulta general}} \times 100$	Conocer el porcentaje de exentos de la unidad	20%	Hoja de T.S. y recepción	Semestral
Pláticas de promoción de los servicios del Centro de Salud	$\frac{\text{No. de pláticas de promoción de los servicios del Centro de Salud}}{\text{No. total de pláticas de salud impartidas}} \times 100$	Conocer la labor y fomentar la promoción de servicios.	50%	Hojas de informes Med. Enfr. T.S., Recep	Bimestral

FECHA DE ELABORACION

Hoja \_\_\_ de \_\_\_

UNIDAD APLICATIVA O SUBDIRECCION:

JURISDICCION SANITARIA VENUSTIANO CARRANZA

PROCESO: Admisión del paciente

COMITÉ: Arenal 4ta secc..

INICIO DEL PROCESO: Entrada del paciente a la unidad

FIN DEL PROCESO: Indicaciones de pago

PROPIETARIO: Receptionista

CLIENTE: Paciente

INDICADOR	FORMULA	SIGNIFICADO	ESTANDAR	FUENTE	PERIODIC.
Paciente que demanda cambio de médico	No. de pacientes que demandan asignación de módulo diferente  No. de total de pacientes que demandan consulta general X 100	Paciente que demanda cambio de médico o de módulo	20%	Hoja de médico	Mensual
Pacientes atendidos adecuadamente por la recepción.	No. de pacientes atendidos adecuadamente por la recepción  No. total de pacientes atendidos por la recepción X 100	Pacientes atendidos en forma adecuada por la recepción	80%	libreta de módulo  Encuesta de satisfacción de usuarios	Semestral

FECHA DE ELABORACION

Hoja \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

# Anexo G

## Encuesta de Satisfacción

**CENTRO DE SALUD URBANO T-11**  
**"ARENAL 4º. SECCIÓN"**  
**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS**  
**CALIDAD DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE.**

FECHA:

EDAD:                      SEXO:

1. ¿Cómo le atendieron en el módulo de recepción?  
A) Bien                      B) Mal                      C) Regular
2. ¿Fue necesario acudir antes del horario de repartición de fichas?  
A) Si                      B) No
3. ¿Cuánto tiempo transcurrió de su llegada al Centro de Salud a que le entregaron su ficha?  
A) Menos de 30 min.    B) 30 minutos    C) Más de 30 min.
4. ¿Cómo considera la presentación?  
A) Buena                      B) Mala                      C) Regular
5. ¿Le informaron qué médico le corresponde?  
A) Si                      B) No
6. ¿Le asignaron la consulta con el médico que le corresponde?  
A) Si                      B) No                      ¿Por qué? \_\_\_\_\_
7. ¿Solicitó usted otro servicio, que no fuera consulta médica?  
A) Si (pasa a la pregunta 8)    B) No (pasa a la pregunta 9)
8. ¿Le proporcionaron la información adecuada y necesaria acerca del servicio solicitado?  
A) Si                      B) No
9. ¿Tiene alguna queja, felicitación o sugerencia de este servicio?