

93

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

“EL PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA
CALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE
SERVICIOS DE SALUD (CASO JURISDICCION
SANITARIA IZTACALCO, 1996 - 1998)”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN CIENCIAS POLITICAS
Y ADMINISTRACION PUBLICA
PRESENTA:

MARIA ISABEL SARA PEREZ GARMENDIA

298551

Director de tesis: José Lino Carmona Herrera



MEXICO, D. F.

OCTUBRE 2001



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 está 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA Y VINCULACIÓN

CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUA.

**“EL PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (CASO JURISDICCIÓN SANITARIA
IZTACALCO, 1996-1998)**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

PRESENTA:

MARÍA ISABEL SARA PÉREZ GARMENDIA.

ASESOR: PROFESOR JOSÉ LINO CARMONA HERRERA
SINODALES: PROFESOR GABRIEL CAMPUZANO
PROFESOR GUSTAVO DEL VILLAR
PROFESOR LEOPOLDO RUIZ GÓMEZ
PROFESOR MANUEL QUIJANO TORRES.

Octubre de 2001.

AGRADECIMIENTOS

Deseo manifestar mi agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de concluir mis estudios de licenciatura.

Quiero expresar de manera muy especial mi reconocimiento al Centro de Educación continua y a su Coordinadora, maestra Rosa María Valles, por la excelente labor realizada en apoyo a la titulación de egresados, de la cual me reconozco beneficiaria directa.

Agradezco sinceramente al Licenciado José Lino Carmona Herrera, sinodal y asesor de este trabajo por sus atinadas y oportunas observaciones y sugerencias.

A los sinodales y profesores Gabriel Campuzano, Gustavo del Villar, Leopoldo Ruiz Gómez y Manuel Quijano torres a quienes agradezco haber revisado el trabajo y hacer observaciones que permitieron mejorarlo.

DEDICATORIA

A Pedro Pérez Fuentes, mi padre, viudo, quien siempre confió en llegar a leer estas líneas y lo que para nuestra familia representan.

A mis hermanas Amalia, María Luisa, Josefina y Ana María, a mi hermano Pedro, a mis cuñados y cuñada, a todos mis sobrinos esperando leer pronto algo similar escrito por ellos.

A la maestra Carmen Crhistlieb por su apoyo, a Gilberto Ríos, un gran amigo.

A las compañeras que siempre me apoyaron, especialmente la M. A. Linda Patricia Vega Castro y Silvia Macías S.

A todos ellos, muchas gracias por su invaluable apoyo.

María Isabel Sara Pérez Garmendia.

Octubre del 2001.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que con mayor frecuencia se presentan en las instituciones de servicios en materia salud tanto públicas, como privadas es la **deficiente calidad de la atención** a los usuarios. Las quejas más frecuentes sobre la mala calidad se refieren al trato poco amable por parte del personal, pruebas de laboratorio mal realizadas, problemas de salud ocasionados diagnósticos mal efectuados y tratamientos mal indicados, entre otros.

Este panorama se refiere a servicios de salud y en lo sucesivo se planteará a lo largo de tres capítulos la **problemática** detectada en la **atención** que proporciona la Secretaría de Salud a **población abierta** en el **primer nivel de servicios de salud**, así como las opciones de solución que se plantearon, la que finalmente se adoptó, las incidencias derivadas de la puesta en práctica de la misma y los resultados obtenidos.

En el presente trabajo se aborda el caso de la aplicación de una tecnología innovadora en el marco de una estructura organizacional vertical y altamente burocratizada, de ahí que se considerara necesario dedicar el primer capítulo a definir las categorías y conceptos a que se hace referencia a lo largo de todo el trabajo. Las actividades a que se refiere el caso objeto del presente trabajo tuvieron lugar en un organismo de la administración pública, por lo que se consideró necesario mencionar aunque fuera brevemente las diferentes corrientes de pensamiento dedicadas al estudio del Estado, desde la clásica de Max Weber, que considera al Estado como el instituto político que mantiene con éxito el monopolio del poder legítimo, hasta las más recientes enunciadas por el Doctor Ricardo Uvalle, quien en la obra "Los nuevos derroteros de la vida estatal", nos remite al Estado socialmente necesario como aquel que con éxito logra privatizar todas aquellas funciones que viene realizando en beneficio de la sociedad".

Se definen asimismo, los conceptos gobierno, administración pública, y política económica y se describe a los organismos de la administración pública que conforman el contexto institucional en que tuvo lugar el caso a que se refiere el presente estudio, entre ellos, la Secretaría de Salud y el Sector Salud.

En el **segundo** capítulo se abordan cuestiones tales como gasto público, y en relación a éste el papel del modelo económico neoliberal que orienta la política económica del Estado, específicamente la que se refiere al gasto público destinado a servicios de salud para población abierta, como uno de los programas de desarrollo social que sobreviven a la desarticulación del estado Benefactor o de Bienestar, se definen los conceptos población abierta y población derechohabiente; los tres niveles en que se divide la atención en servicios de salud, se describen los diversos organismos que integran el Sector Salud y la competencia de cada una de las instancias que conforman el Consejo Nacional de Salud, así como sus atribuciones y responsabilidades. Se describe la estructura de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, ya que en ella tuvo lugar el programa a que se refiere este estudio, su ubicación, dimensiones geográficas, así como el estilo de liderazgo que prevalece al interior de la misma, para lo cual se revisaron grosso modo, algunas de las teorías y conceptos de liderazgo planteados en diversas etapas.

Finalmente, en el **tercer capítulo**, se refieren los antecedentes del programa de **Mejora Continua de la Calidad**, se describe brevemente la problemática existente en el primer nivel de atención en servicios de salud la cual al ser detectada por la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud, dio lugar a la instrumentación del programa de Mejora Continua de la Calidad, se describe el contenido del programa y las incidencias de su implantación; se mencionan los aspectos más destacados de la filosofía y metodología de la Mejora Continua de la Calidad (MCC) y se mencionan brevemente los resultados obtenidos en el Instituto Nacional de Perinatología en una experiencia similar. Se incluyen los puntos de

vista de algunos teóricos destacados en el ámbito de MCC a nivel mundial, tanto en el ámbito de las instituciones públicas, como de las empresas privadas y se plantean algunas **conclusiones y recomendaciones**, producto de la experiencia personal de trabajar en la implantación y desarrollo del programa de Mejora Continua de la Calidad, como de la revisión bibliográfica requerida por la elaboración del presente trabajo.

INDICE

	Pág.
Capítulo I: Marco Conceptual	8
Capítulo II: Administración Pública y Salud	17
Capítulo III: Programa de Mejora Continua de la Calidad ¿porqué se - consideró necesario desarrollarlo en los servicios de salud de primer nivel de atención?	41
Conclusiones	67
Recomendaciones	70
Bibliografía	74
Anexos	76

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El propósito de un “**estudio de caso**” es plantear un problema, analizarlo y en su caso proponer soluciones, poniendo de relieve por escrito, alguna de las facetas del mismo. Se busca así confrontar el conocimiento teórico obtenido en el aula confirmado a través de la consulta bibliográfica, con la práctica profesional.

Ahora bien, una institución de la **administración pública** como objeto de estudio puede presentar tantas facetas que pueden ser estudiadas, como personas interesadas en hacerlo. Por ello, para determinar el curso a seguir, es necesario partir de un **marco teórico conceptual** que permita sentar las bases del trabajo de investigación a desarrollar, haciendo referencia a conceptos y categorías que se utilizarán sin descuidar la debida relación de congruencia y coherencia entre el todo y las partes.

El presente capítulo constituye pues, **el marco teórico conceptual** en el que, entre otras, se hace referencia a categorías clave que dan sentido y razón de ser a esta investigación. Es al mismo tiempo, un ejercicio de delimitación conceptual necesario para nuestro análisis considerando desde luego que las categorías a que se hace referencia suelen tener muy diversas connotaciones. En este contexto, una investigación a desarrollar, que tenga por objeto estudiar por lo menos una institución de la Administración Pública Mexicana, y en el caso concreto de **“El Programa de Mejoría Continua de la Calidad en el Primer Nivel de Atención en Servicios de Salud (Caso Jurisdicción Sanitaria Iztacalco 1996-1998)”**, realizado en una dependencia de la Secretaría de Salud debe referirse explícitamente a las categorías: **estado, gobierno, políticas públicas, administración pública,**

reforma administrativa, política económica, secretaría de salud, sector salud y desarrollo y cambio social entre otras categorías de análisis.

Para cada momento histórico existe una particular definición de lo que una determinada categoría significa, esta noción corresponde al conjunto de circunstancias políticas y culturales predominantes en una realidad, en un momento dado, es posible que se de una amplia gama de definiciones que reflejan a su vez distintas corrientes de pensamiento, respecto a una determinada categoría.

Así por ejemplo Max Weber, cuya definición es ya clásica, entiende al **Estado** como: "El instituto político que mantiene con éxito la pretensión al monopolio del poder político legítimo"¹, nos refiere básicamente, a la posibilidad del ejercicio coercitivo, legítimo, de la gestión pública y a la capacidad de establecer vínculos no voluntarios con y entre los diversos sectores de la sociedad.

Asimismo, en el planteamiento de Weber sobre la dominación se definen tres tipos puros de dominación considerada ésta como la probabilidad de hallar obediencia a un mandato determinado, dichas formas de dominación son la Carismática, la Tradicional y la Legal.

Para los fines de este trabajo interesa la dominación legal, considerada como aquella que se da en virtud de un estatuto y en la que por lo tanto se obedece no a la persona en virtud de su derecho propio, sino a la regla estatuida que establece al mismo tiempo a quién y en qué medida se debe obedecer y en la que quien ordena también obedece a una regla.

¹ Weber, Max. "Economía y Sociedad", Fondo de Cultura Económica, México, 1944. P. 44.

El tipo más puro de dominación legal es la dominación burocrática, bajo cuyo supuesto cae la estructura moderna del Estado.

El funcionario que labora bajo un régimen burocrático debe tener formación profesional y sus condiciones de trabajo se basan en un contrato con un sueldo determinado de acuerdo con el rango de su cargo, no con base en la cantidad de trabajo.

Lo anterior nos remite al carácter racional de la administración pública. Es decir, se reconoce que hay monopolio del poder político por parte del Estado y ejercicio del poder por parte del propio Estado y la posibilidad del actuar racional del aparato administrativo público por lo que podemos considerar que bajo este enfoque se establece el andamiaje o estructura formal del Estado, y se determinan las relaciones entre el Estado y los diversos sectores del gobierno, la Administración Pública y la sociedad en general.

Bajo un enfoque diferente, el Doctor Ricardo Uvalle, quien parafraseando a Rafael Aguilar Valdés señala que: "la objetividad del Estado es posible caracterizarla por sus elementos empíricos, mensurables, técnicos y tecnológicos. Todos ellos indispensables para evaluar su eficacia, la cual se manifiesta por los resultados que es capaz de conseguir"². Es decir, si bien el Estado es una abstracción, el Dr. Uvalle nos remite a una apreciación de Estado y Sociedad, en el **marco de la globalización y el neoliberalismo** imperantes. En este sentido, el **Estado Socialmente Necesario** es aquel que puede con éxito privatizar las funciones que viene realizando en beneficio de la sociedad.

² Aguilar Valdés, Rafael. "La Cultura Científica", p. 30, citado por Ricardo Uvalle en "Los Nuevos Derroteros de la Vida Estatal", Toluca, México, Instituto de Administración Pública del estado de México, p. 60

Para los fines de la presente investigación, este enfoque puede ayudar a explicar los resultados que se obtuvieron al ejecutar el programa de Mejora Continua de la Calidad

La búsqueda de mayores elementos que nos permitan explicar dichos resultados, nos conduce a la definición de **Estado de Bienestar** planteada por José Luis Ayala Espino y que cita el mismo Dr. Uvalle: "El estado de bienestar es aquel que sin violentar los principios básicos de la sociedad civil, como son las libertades civiles y políticas, adquiere el compromiso de coadyuvar para que la calidad de vida en la sociedad sea mejorada".

Agrega: "es un compromiso político para evitar que el conflicto desgare a la sociedad y la sacuda con la intensidad de sus contradicciones"³. Es importante mencionar que es precisamente, en el marco del **Estado de Bienestar**, que se crean una serie de instituciones y programas por medio de los cuales se canalizan recursos del Estado a la solución de problemas que de otro modo desestabilizarían a la sociedad, al perpetuar las causas más evidentes de desigualdad entre sus sectores.

En este marco se instrumentan las **políticas sociales**, entre las que conviene mencionar la de elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, (artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), de la cual se derivan toda una serie de medidas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población. La instrumentación de dichas medidas recae en la **Secretaría de Salud**, cuyas funciones serán descritas con mayor amplitud en su oportunidad, debido a que, como ya se mencionó en párrafos anteriores, el Programa de Mejora Continua de la

³ Ayala Espino, José Luis. "Límites del mercado, límites del Estado", México, Instituto Nacional de Administración Pública, 1992, p. 105, citado por Ricardo Uvalle, Op. Cit. p. 81.

Calidad a que se refiere el presente estudio se llevó a cabo en una dependencia de dicha Secretaría.

En la presente investigación se considera que el Estado a través del Gobierno y específicamente de la administración pública es el escenario en el que se desarrolla la acción a la que nos estamos refiriendo: el Programa de Mejoría Continua de la Calidad.

Incluye al aparato estatal y público-administrativo, así como al conjunto de las acciones que se realizan en este contexto, es importante intentar una definición de gobierno que nos permita visualizar los distintos niveles de decisión y operación en que se inserta nuestro objeto de estudio. A tal fin, Gobierno es el conjunto de los órganos del Estado por los cuales se determina la orientación de la política económica del país y constituye el ámbito de toma de decisiones de las políticas públicas.

El concepto de **política pública** es importante para el estudio de la administración pública, entendida como la coordinación y movilización de esfuerzos individuales y de grupo, hacia la realización de la política pública, su campo es inmenso, su complejidad abarca a las políticas gubernamentales en materia económica, educativa y de bienestar social, haciendo necesario agrupar dimensiones no consideradas en otras épocas como: natalidad, contaminación, transporte, energéticos y ciencia y tecnología, entre otras.

Las políticas gubernamentales son producto del sistema político. En los países demócrata-liberales intervienen en el proceso de formulación e instrumentación de las políticas públicas, actores como: los ciudadanos, el poder legislativo, el poder ejecutivo, el poder judicial, los partidos políticos, los

grupos de interés, los medios masivos de comunicación, la burocracia, entre otros.

Todos se interrelacionan en un proceso compuesto por etapas que comienza con la iniciativa para que el gobierno adopte una política y termina cuando los objetivos de dicha política han sido alcanzados.

La ejecución de la política pública no sería posible sin la intervención de la parte más evidente del gobierno, que es la **administración pública** ya que, a través de los organismos que la conforman, adquieren concreción los programas de gobierno.

Para el profesor José Lino Carmona la **administración pública** es considerada "como:

- El gobierno en acción,
- Actividad realizada por el Estado para el cumplimiento de sus fines legalmente consagrados y socialmente aceptados,
- Un sistema institucionalizado sujeto a un marco jurídico con atribuciones y limitaciones,
- Viejo objeto, nuevo estudio,
- Campo de la ciencia Política, entre otros".⁴

Para mí la expresión administración pública implica tres cuestiones fundamentales:

1. Es una disciplina científica,
2. Representa una función de gobierno,
3. Constituye un subsistema institucionalizado en el marco del sistema social.

⁴ Cjt.: Carmona Herrera, José Lino. "La Administración Pública: un medio para el Cambio Social", tesis para obtener el título de Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, FCP y S, 1979.

Este es el contexto en que se ubica y analiza nuestro objeto de estudio. “**El Programa de Mejora Continua de la Calidad en el Primer Nivel de Atención de Servicios de Salud**”. Es decir, es un subsistema institucionalizado, es el contexto en que se ubica entre otros, el sector salud, la secretaría de salud y por lo tanto la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco.

Otra categoría de análisis que será de utilidad es la de **Reforma Administrativa**; que bajo una primera aproximación, es considerada como: el conjunto de cambios introducidos en la administración pública con el propósito de elevar la eficiencia de todo el edificio de la administración pública, racionalizando su desempeño, agilizando la toma de decisiones y asegurando la eficiencia y la congruencia en el desempeño de las funciones asignadas mediante un proceso de modernización administrativa que ha permitido la desconcentración de algunos organismos, la privatización y liquidación de otros y lo más importante, la sectorización de la administración pública, es decir que las secretarías de Estado asumen, de acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal**, la coordinación de los organismos afines dando lugar a los diversos sectores que comprenden la administración pública.

Otra categoría importante es **Política Económica** porque el tipo de política económica que se establece define la orientación de las decisiones de política en materia social y determina la disponibilidad de los recursos para llevarlas a cabo y porque constituyen una función de la administración pública.

La **Secretaría de Salud**, de acuerdo con lo establecido en el artículo 39⁵ de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal constituye un elemento

⁵ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Recopilada por “Legislación de la Administración Pública federal”, ediciones Delma, 1998.

importante en la delimitación del marco teórico-conceptual, porque el Programa objeto del presente trabajo, se desarrolló en una dependencia de la mencionada secretaría, la cual tiene a su cargo la aplicación de las políticas de salud diseñadas por el Estado para favorecer a la población que no cuenta con los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o de otras instituciones similares y a la que se define como población abierta.

La Secretaría de Salud es una dependencia del Poder Ejecutivo Federal, a la que corresponde, entre otras facultades la de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente, y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.

La Ley General de Salud, define al **Sector Salud** “como el integrado por la Secretaría de Salud como cabeza del sector, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Instituto Mexicano del Seguro Social”.⁶

Se define asimismo, al **Consejo Nacional de Salud**, “como la instancia permanente de coordinación de las autoridades de salud de la Federación, las entidades federativas y el Distrito Federal, para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República”.⁷

⁶ Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, actualizada el 7 de mayo de 1997.

⁷ Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación, 27 de enero de 1995.

Está integrado por: el Secretario de Salud, los titulares de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y el de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal y es un instrumento de coordinación, ejecución, apoyo, seguimiento y evaluación para lograr la federalización de los servicios de salud a población abierta.

Las entidades de la administración pública cuyas funciones se mencionan en este capítulo, son las que tienen injerencia directa en el desarrollo del Programa de Mejoría Continua de la Calidad, objeto de la presente investigación, debido a que se trata instituciones cuyas funciones están descritas en la **Ley Orgánica de la Administración Pública Federal** y en otros ordenamientos tales como la **Ley General de Salud**, este marco teórico, puede considerarse también como un marco normativo, por lo que en él no están definidos algunos conceptos que constituyen el vocabulario en boga en los programas del tipo del que nos ocupa, mismos que serán abordados y desarrollados en su oportunidad.

Los conceptos a que se refiere este capítulo, están jerarquizados, y se han ido articulando desde el nivel más alto de abstracción, que en este caso, corresponde al Estado hasta el nivel particular constituido por la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco en la que se llevó a cabo el programa objeto del presente trabajo.

CAPÍTULO 2: ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y SECTOR SALUD.

“... Hemos sometido a la contrarrevolución monetarista a un comprensivo análisis a la vez que a una crítica y denuncia de este programa perverso, que, bajo la etiqueta del neoliberalismo o, paradójicamente del neoconservadurismo de hoy, avanza como cruzada del capitalismo liberal de ayer, en términos de “cambiar todo, de manera tal, que todo permanezca igual”.

.. René Villarreal⁸

En el presente capítulo se abordarán cuestiones tales como: la **distribución del gasto público**, la parte del mismo que se destina a **servicios de salud** y de ésta que proporción se aplica a los distintos tipos de servicio existentes, así como la referencia a las políticas de desarrollo social instrumentadas por la administración pública en el periodo al que corresponde el presente estudio ya que constituyen el contexto más inmediato a la realización del **Programa de Mejoría Continua de la Calidad**.

También se abordarán cuestiones tales como liderazgo, toma de decisiones, administración de personal, y de recursos materiales y cultura organizacional, ya que los considero como requisito previo para abordar las incidencias detectadas en la operación del Programa objeto del presente trabajo.

Las fuentes y formas de financiamiento de los servicios de salud, son un elemento muy importante a tomar en cuenta, toda vez que determinan el tipo y la calidad de los servicios que proporciona el sector salud los cuales están destinados, como veremos en la segunda parte de este capítulo a población no asegurada y a población derechohabiente.

⁸ Villarreal, René. “La Contrarrevolución Monetarista, Teoría, Política Económica e Ideología del Neoliberalismo”, F.C.E. , Serie Economía, México, 1986, p. 23.

Para los fines de este trabajo, se utilizarán los datos que proporcionan Alejandro Lara y colaboradores. Se consideran especialmente importantes los relativos a “**Gasto Federal en Salud para Población no Asegurada: 1980-1995**”.⁹. Los autores de este artículo, refieren que en México, el gasto público está dividido en dos grandes rubros: **Gasto Programable (GP) y Gasto No Programable (GNP)**. El sector Bienestar Social, se ubica en el rubro correspondiente a Gasto Programable, que a su vez, se distribuye en diez sectores: (Desarrollo rural, pesca, desarrollo social, comunicaciones y transportes, turismo, energético, industrial y minero, justicia y seguridad y comercio y administrativo).

De los diversos sectores que participan en el gasto programable, el que más recursos recibe es el **sector desarrollo social**, que a su vez se divide en cinco subsectores: (**educación, salud y laboral, solidaridad y desarrollo regional, desarrollo urbano, ecología y agua potable y social de abasto**), de los cuales el sector desarrollo social es el que ha concentrado la mayor parte del presupuesto dentro de éste rubro, **salud y laboral**, es el que recibe el porcentaje más alto. El otro subsector importante, es **Educación**.

El gasto público en salud, de acuerdo con lo referido por Alejandro Lara y cols. es la suma del gasto que hacen las instituciones de **seguridad social más el gasto de las instituciones que atienden a población no asegurada o población abierta** y constituía, en 1995, apenas el 4.06% del P.I.B., en tanto que las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, y otras) que atienden a menos de la mitad de la población, reciben la mayor parte del presupuesto del subsector.

⁹ Lara, Alejandro.”;(et al). “**Revista Salud Pública de México**”, Organó Oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. Vol. 39, N° 2, marzo abril, 1997, p. 2

En el período comprendido entre 1987 y 1995, dicha proporción representó el 79%, es decir, que únicamente el 21% se destinó a las instituciones que atienden a población abierta.

Según datos de Lara y cols.¹⁰ en consonancia con la situación económica, el gasto público en salud ha disminuido coincidiendo con la tradicional desigualdad vinculada al desarrollo, al ingreso nacional y al ingreso por persona. Es significativo que, entre 1985 y 1988, la inversión pública en salud alcanzó la cifra de 6.3 dólares por persona. Lo cual evidencia que la distribución del gasto público en salud se caracteriza por su **inequidad** misma que se manifiesta no solamente por destinar la mayor parte a las instituciones de seguridad social y porque de la parte que se asigna a la población abierta la mayor proporción se destina a la atención de los niveles segundo y tercero sino porque la población derechohabiente tiene acceso a los servicios destinados a población abierta, pero ésta no puede hacer uso de los servicios destinados a población derechohabiente.

De acuerdo con la Ley General de Salud “los establecimientos de **segundo nivel**, son los hospitales general y de especialidades, que proporcionan entre otros los servicios de gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía; el **tercer nivel** está constituido por los institutos que además de otorgar los servicios antes mencionados, se dedican principalmente a la investigación científica en salud y a la formación y desarrollo de personal de alto nivel de especialización”.¹¹

¹⁰ Op. Cit.

¹¹ “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica”. Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986.

Para una mejor comprensión de lo antes expuesto, se presenta en el cuadro N° 1 el presupuesto ejercido por instituciones de atención a población abierta y por instituciones de atención a población derechohabiente¹² en los programas de Atención Preventiva; Atención Curativa; Asistencia Social, Servicios Comunitarios y Prestaciones Sociales y Regulación y Fomento Sanitario. Se puede observar que las instituciones que atienden a población **derechohabiente** cuentan con mayores recursos que las que atienden a población abierta y que únicamente la Secretaría de Salud destina recursos para el programa de Regulación y Fomento Sanitario.

Asimismo se puede afirmar que Pemex no asigna recursos para los programas de Atención Preventiva, Asistencia Social, Servicios Comunitarios y Prestaciones Sociales ni a Regulación y Fomento Sanitario, para éste último programa tampoco el IMSS ni el ISSSTE destinan recursos.

Cuadro N° 1: PRESUPUESTO POR PROGRAMA E INSTITUCIÓN (Miles de pesos)				
PROGRAMA	POBLACION ABIERTA		POBLACIÓN DERECHOHABIENTE	
	INSTITUCIÓN	MONTO	INSTITUCIÓN	MONTO
ATENCIÓN PREVENTIVA	S S A	41 312 8	IMSS	248 900 0
	D D F	846,355 0	ISSSTE	148 270 0
	IMSS-SOLIDARIDAD	5,900 4	PEMEX	0 0
ATENCIÓN CURATIVA	S S A	270,287 2	IMSS	5795 241 0
	D D F	859,425 0	ISSSTE	1715,993,2
	IMSS-SOLIDARIDAD	10,205 1	PEMEX	664 727 0
ASISTENCIA SOCIAL, SERVICIOS COMUNITARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	S S A	25 1	IMSS	30,506 0
	D D F	0 0	ISSSTE	4,866 4
	IMSS-SOLIDARIDAD	5,184 5	PEMEX	0 0
REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO	S S A	15,821 9	IMSS	0 0
	D D F	0 0	ISSSTE	0 0
	IMSS-SOLIDARIDAD	0 0	PEMEX	0 0

¹² "Anuario Estadístico 1996". Dirección General de Estadística e Informática, S.S.A. p.4.

Retomando el nexo que existe entre el marco institucional constituido por el **Sector Salud**, es conveniente en esta segunda parte, referirnos a las instituciones que lo conforman y a algunas de sus características más representativas en relación a algunos aspectos de la **Ley General de Salud**, que norma y reglamenta el derecho a la protección de la salud al que hace referencia el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En la Ley General de Salud se definen las bases y las formas en que los servicios de salud se hacen accesibles a todos los habitantes del país, en ella se determinan los niveles de competencia de la federación y de los gobiernos estatales en el cumplimiento del precepto constitucional.

En este sentido, su aplicación es obligatoria en toda la República ya que sus disposiciones son de orden público y de interés social.

Entre los objetivos del derecho a la protección de la salud, destacan: **“lograr la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana”**, así como **“la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud”**.¹³

¹³ **Ley General de Salud**. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984. Actualizada el 7 de mayo de 1997.

De acuerdo con la forma en que se estructura la ejecución de éstos propósitos, se define en primer término que para los fines de la **Ley General de Salud**, las **autoridades sanitarias** son:

- El presidente de la República,
- El Consejo de Salubridad General,
- La Secretaría de Salud,
- Los Gobiernos de las entidades Federativas y el del Departamento del Distrito Federal (actualmente Gobierno de la Ciudad de México), con lo cual se establece al más alto nivel el compromiso gubernamental en el cumplimiento de los objetivos planteados.

Con el propósito de dar concreción a los mecanismos por los que se hace tangible el derecho a la protección de la salud, se integra el **Sistema Nacional de Salud**¹⁴ en el cual participan las dependencias y entidades de la administración pública Federal y local así como las personas físicas que prestan servicios de salud, entre cuyos objetivos destacan los siguientes:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y **mejorar la calidad** de los mismos,
- Impulsar un sistema **racional de administración y desarrollo** de los recursos humanos para mejorar la salud.

En cuanto al papel de la **Secretaría de Salud** en el cumplimiento de estos propósitos, es importante señalar que, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud, no solamente está considerada como autoridad sanitaria, también le corresponde **coordinar el Sistema Nacional de Salud** y determinar la periodicidad y las características de la información que deberán

¹⁴ **Ley General de Salud**. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de febrero de 1984 Actualizada el 7 de mayo de 1997.

proporcionar las entidades del Sector Salud, a cuya integración nos referiremos mas adelante.

El artículo 23 de la Ley General de Salud define a los servicios de salud como. "todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad"¹⁵. Los servicios de salud se clasifican en:

- a) **Atención Médica**, que comprende actividades preventivas, que incluyen acciones de promoción general y de protección específica; curativas cuyo propósito es la realización de un diagnóstico temprano y la oportuna aplicación del tratamiento correspondiente y de rehabilitación que incluyen acciones tendientes a corregir invalidez física y mental,
- b) **Salud Pública**, son las acciones tendientes a prevenir y resolver problemas de salud que afectan a la colectividad como tal, restringiendo la capacidad de sus miembros para llevar una vida plena.

En este sentido se enfoca a combatir adicciones alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, etc. La Salud Pública constituye la suma de los esfuerzos comunitarios organizados, encaminados a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Enlaza a muchas disciplinas sobre el centro científico de la epidemiología.

- c) **Asistencia Social**, se entiende por asistencia social al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter

¹⁵ Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de febrero de 1984. Actualizada el 7 de mayo de 1997.

social que impiden al individuo su acción integral, así como la protección física, mental y social, de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a

una vida plena y productiva de acuerdo con la Ley General de Salud, las acciones básicas de **asistencia social son:**

- Atender a personas que por carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, estén impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo,
- Atender en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos,
- Promover el bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud, entre otras.

Por lo que se refiere a las instituciones que integran el Sector Salud (IMSS, ISSSTE Y DIF), tienen entre sí las siguientes similitudes:

- Son organismos públicos descentralizados,
- Tienen personalidad jurídica y patrimonio propios,
- Tienen características particulares en cuanto al **tipo de población** a la que prestan sus servicios.

El ISSSTE otorga seguros, prestaciones y servicios médicos a los servidores públicos, pensionistas y demás derechohabientes sujetos a su régimen.

El IMSS, por su parte, garantiza el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar social y colectivo y proporciona servicios específicamente a los trabajadores sujetos a su régimen y a quienes participan en el programa IMSS- Solidaridad destinado a trabajadores del medio rural que no son población derechohabiente.

Ambas instituciones se caracterizan por contar entre sus fuentes de financiamiento las cuotas de su población derechohabiente.

El DIF, es un organismo que tiene la facultad de promover el bienestar social y prestar servicios de asistencia social, jurídica y de orientación social conforme a las normas de la Secretaría de Salud es decir, que sus servicios se otorgan con criterios de **gratuidad y universalidad** fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los servicios de salud pueden ser:

- a) De **Primer Nivel de Atención** cuando se proporcionan a pacientes que no requieren hospitalización, no presentan traumatismos, ni requieren atención de urgencia. Generalmente pueden ser atendidos en el consultorio médico u odontológico, en este nivel están incluidas las acciones de prevención como la aplicación de vacunas, la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y la educación para la salud, entre otras.

Los servicios de la Secretaría de Salud están dirigidos prioritariamente a **Población Abierta**, también conocida como no asegurada.

Esta población carece de los beneficios de la seguridad social y tomando en cuenta la difícil situación económica por la que atraviesa el país, cabe esperar que se incremente. Una característica de esta población es su bajo nivel socioeconómico con frecuencia se trata de personas desempleadas o que laboran en el sector informal de la economía. Aunado a lo anterior, pueden presentar las siguientes características:

- Baja escolaridad,
- Vivienda insalubre (hacinamiento y deficiencias en los servicios básicos, entre otros),

- En muchos casos provienen del medio rural.

Hasta aquí se ha intentado a grandes rasgos definir a la administración pública desde el punto de vista:

- **Teórico normativo** específicamente en lo que se refiere a las atribuciones y competencias de los diversos niveles que integran el sistema de salud,
- **Económico**, en particular lo que se refiere la distribución del gasto público en salud,
- **Participación** que tienen en el presupuesto los servicios de salud destinados a población no asegurada, el papel que juegan dichos servicios respecto a las políticas de desarrollo social y la relación de los mismos con el modelo económico neoliberal.

Sobre éste último podemos decir que el neoliberalismo, es un sistema que permea todos los aspectos de la sociedad, en tanto que forma de gobierno que influye y se contrapone con las políticas de desarrollo social.

Es un orden en el que los recursos generados por toda la sociedad, destinados al bienestar social, son considerados superfluos y por lo tanto, para "racionalizarlos", se deben recortar, o simplemente, se suprimen

Luis Javier Garrido en la introducción al libro "La sociedad global" cuya integración fue coordinada por Noam Chomsky, señala que "el neoliberalismo es una doctrina que ha sustentado una verdadera guerra económica contra la mayoría de la población, que son los asalariados agrega que siguiendo los lineamientos del neoliberalismo se ha llegado a una concentración sin precedentes de la riqueza, el empobrecimiento, el desempleo o el subempleo de la mayoría de la población económicamente activa; se ha condenado a millones de seres humanos a la desnutrición, con lo que al mismo tiempo se ven limitadas en sus posibilidades físicas e intelectuales y sin derecho a la salud y que en el ámbito político se ha llegado al desmantelamiento de los

antiguos estados de bienestar al mismo tiempo que se ha producido un crecimiento desmesurado del poder trasnacional”.¹⁶

Se puede decir que la historia reciente de México, de 1980 a la fecha es la historia de la crisis económica que salvo breves intervalos ha aquejado al país.

En realidad, muchas personas de alrededor de treinta años, no han conocido durante toda su vida, una situación diferente a la de crisis. Durante el periodo comprendido entre 1982 y 1998, el país está inmerso en el modelo neoliberal vigente.

Para amplios sectores de la sociedad, podrá parecer increíble que alguna vez la situación económica y el bien saneado estado de las finanzas del país, hayan dado lugar al calificativo de “**milagro mexicano**”, que tuvo lugar entre 1946 y 1970.

El país vivió un período que comúnmente se conoce como de “Desarrollo Compartido”, lo cual se refería a que las necesidades de inversión, se cubrían con gasto público durante ese periodo, la economía tuvo un crecimiento notable principalmente, debido a la política de expansión del gasto gubernamental, gasto cuyo financiamiento se hizo con recursos provenientes

¹⁶ Chomsky, Noam; Dieterich Heinz. “**La Sociedad Global**”, Editorial Joaquín Mortiz, serie Contrapuntos, México, 1995, p. 7

de la deuda externa, incrementando la emisión de moneda y sobre todo, con recursos generados por la industria petrolera.

Los continuos déficits públicos y el desequilibrio en la balanza de pagos, dieron lugar a la inestabilidad financiera que, en 1982, condujo a la devaluación del tipo de cambio. Hasta ese momento se evidenció que de los recursos provenientes de la bonanza petrolera, no se hizo partícipes a los sectores agrícola e industrial, es decir no se había aprovechado el auge para impulsar un desarrollo sostenido de la economía, este desequilibrio unido al crecimiento incontrolado de la deuda externa, dio lugar a la crisis que se manifestó en la caída del Producto Interno Bruto (PIB), agravada por la tasa mas alta de inflación de ese período.

Dos acontecimientos en el ámbito internacional contribuyeron a la **agudización de la crisis**: la caída en el precio del petróleo y la creciente demanda de capital por parte de Estados Unidos. De pronto fue evidente que la economía ya no podía crecer sobre la base de las exportaciones petroleras y el endeudamiento externo; así llegó a su fin el "milagro mexicano" y con él, el Estado Benefactor se apagaron las luces, el nuevo escenario en que se mueve la economía se llama **neoliberalismo** y es una medicina que más de fuerza que con ganas ha tenido que tomar toda la sociedad.

En lo que se refiere a bienestar social y concretamente en cuanto al gasto público en salud, este estado de cosas ha tenido una influencia determinante, porque si bien tanto en el marco normativo, como en el discurso oficial se insiste en la importancia de cuidar la salud pública, los hechos indican que la estrategia de recorte ha agudizado la crisis, que no es posible "hacer más con lo mismo", como recomendaba un funcionario, porque o bien es demagogía o se hace más con lo mismo, en detrimento del quehacer sustantivo de las instituciones y por supuesto, es determinante para el programa objeto del presente estudio.

A continuación se aborda la forma en que, a partir de las Jurisdicciones Sanitarias se hacen llegar a la población los servicios de salud por tal motivo se describe a la jurisdicción sanitaria y la estructura administrativa de la que forma parte.

Corresponde a la Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal, actualmente Instituto de Servicios de Salud en el Distrito Federal, adscrita al Gobierno del Distrito Federal, la responsabilidad de organizar la prestación de dichos servicios, a través de las denominadas jurisdicciones sanitarias, las cuales, de acuerdo con el Manual de Organización están consideradas como: “la unidad técnico-administrativa de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, a la cual se asignan recursos para realizar actividades de salud pública, otorgar atención médica a población no asegurada, y efectuar acciones de regulación sanitaria delegándole facultades para conducir las acciones del sector en su área de influencia”¹⁷. En el Distrito Federal, las jurisdicciones se ubican en el contexto de las Delegaciones políticas, esto significa que hay un total de dieciséis jurisdicciones sanitarias en el Distrito Federal, que tienen entre otras, las siguientes funciones:

- **Coordinar** el enlace técnico-administrativo entre los servicios de salud pública en el Distrito Federal y las unidades aplicativas (centros de salud)

¹⁷ Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. “**manual de Organización**”, Secretaría de Salud, México, D.F. 1993, p. 4.

- para desarrollar las acciones de salud en su área de responsabilidad y participar en la planeación en materia de salud en cada Delegación Política,
- **Organizar los servicios de salud de primer nivel de atención .**

La Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, "se localiza en la delegación política del mismo nombre, el ámbito geográfico que le corresponde, comprende 23.3 kilómetros cuadrados. Es la de menor superficie en el Distrito Federal y representa el 1.6% de su superficie total del Distrito Federal. Cuenta con una población aproximada de 418,825 habitantes y con una concentración de 17,975 habitantes por Kilómetro cuadrado, que representan el 5.4% del total de la población del Distrito Federal y ocupa el 9º lugar en relación al total de la población del Distrito Federal.¹⁸

La Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, tiene asignados cinco centros de salud urbanos, que reciben ésta denominación porque reúnen las siguientes características:

- Se ubican en localidades de más de 15,000 habitantes,
- Cuentan con laboratorio de análisis clínicos y unidad de rayos "X",
- Cuentan con, por lo menos, seis consultorios, entre ellos uno de atención odontológica,
- Área de control, área de inmunizaciones y farmacia.

Es importante aclarar que los centros de salud en principio deben dar servicio todo el día, pero que por las tardes éste se limita a los consultorios en que hay médico de guardia que son uno o dos en cada centro algunos usuarios no saben que los centros deben dar servicio todo el día, en otros

¹⁸ Registros Estadísticos, Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, 1996.

casos sí lo saben y solicitan el servicio pero cuando lo hacen se les desalienta a que acudan a consulta por la tarde, entonces se da una situación contradictoria: los usuarios no acuden porque no hay servicio por la tarde y la jurisdicción no organiza el servicio por la tarde porque aparentemente no hay demanda.

Otra aclaración pertinente es que con frecuencia se niega el servicio después de las 13:00 horas aún cuando el horario de labores es de 8:00 horas, lo que significa que los médicos deberían atender a los pacientes que lo solicitaran hasta por lo menos las 15:30 horas, es común encontrar las salas de espera saturadas en las primeras horas de la mañana y frecuentemente vacías después de mediodía.

A ésta jurisdicción están adscritos los centros de salud que a continuación se mencionan:

- **“Dr. José Zozaya”**, se localiza en la Colonia Santa Anita, es un centro urbano que tiene la particularidad de que en el mismo edificio se localiza la jefatura de la jurisdicción ,
- **“2 de Octubre”**, localizado en lo que fue un asentamiento de paracaidistas denominado Campamento 2 de Octubre, en Apatlaco,
- Dr. **“Manuel Pesqueira”**, ubicado en la colonia Agrícola Oriental,
- Dr. **Gabriel Ramos Millán**, en la colonia del mismo nombre,
- **“Dr. Luis Mazzotti Galindo”**, ubicado en la colonia Pantitlán, en los límites con el Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, parte de la población que atiende corresponde a este municipio y en muchos casos comparte una característica común a los habitantes de este municipio: procede de diversas entidades de la República.

Se anexa **organigrama de la jurisdicción sanitaria Iztacalco** (ver anexo), en el cual puede apreciarse que la estructura organizacional de la jurisdicción sanitaria Iztacalco, es de tipo vertical y está dada desde el nivel central, en donde también se toman la mayoría de las decisiones que se refieren a la actividad sustantiva de la jurisdicción.

Es importante tratar de ubicar a este sector de la administración pública en el contexto de las teorías de la administración para poder entender la **factibilidad** y por lo tanto, las **posibilidades de éxito del programa objeto del presente estudio**.

La Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, se ajusta a la descripción de la segunda columna del anexo N° 2, mismo que, como puede observarse, configura una organización en la que la comunicación fluye en forma vertical, por tratarse de un organismo público con las limitaciones presupuestales que caracterizan al sector, los incentivos no son del tipo a que se refiere el esquema mencionado, sin embargo, este punto concreto, se retomará cuando se trate lo relacionado con la administración de personal.

Para determinar las posibilidades de toma de decisiones en la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, es necesario conocer el tipo de liderazgo que se da en la misma aunque sea de una manera aproximada por lo tanto, es necesario en primer término definir este concepto.

Existen innumerables estudios sobre liderazgo los cuales se agrupan en distintas etapas, así podemos decir que los estudios realizados hasta fines de la década de los años cuarenta, se centraban en las características que son deseables en el líder, por ejemplo: energía, fuerza moral, inteligencia, don de convencimiento y confianza en sí mismo entre otras, los estudios de esta etapa, resultan incompletos, por la dificultad que implica especificar los rasgos del líder, sin tomar en cuenta las demandas de cada situación.

A fines de los años cuarenta y principios de los sesenta, el enfoque de los estudios sobre el tema, se centró en el comportamiento de los líderes, en muchos casos se dio especial importancia a la relación existente entre la conducta de los líderes y la satisfacción y actuación de los subordinados.

A esta etapa corresponden los denominados Ohio State Leadership Studies y los realizados por el Survey Research Center, de la Universidad de Michigan de los cuales tampoco se derivaron descubrimientos importantes, por lo que, las investigaciones en la materia se orientaron hacia lo que se conoce como enfoque situacional, que se caracteriza por el estudio de la interrelación conductual que se establece entre el líder y sus seguidores y la situación específica en que se encuentran, parte de la idea de que no existe un método de aplicación universal que sirva para todas las situaciones, por lo que recomienda analizar las necesidades concretas de cada una y elegir el estilo de liderazgo adecuado a cada circunstancia.

Es importante señalar que todos los modelos tienen en común dos factores que requieren la atención del líder:

- Preocupación por la realización del trabajo,
- Preocupación por las relaciones humanas,

El modelo situacional se ilustra en el cuadro N° 2 y presenta cuatro estilos de liderazgo y toma en cuenta el grado de control, y compromiso necesarios para alcanzar los objetivos planteados para una situación específica.

Cuadro N° 2
Modelo de Liderazgo Situacional*

C	Bajo control y	Alto control y
O	Alto compromiso	Alto compromiso
M		
P	PARTICIPACIÓN	ASESORÍA
R		
O	DELEGACIÓN	DIRECCIÓN
M	Bajo control y	Alto control y
I	alto compromiso	Bajo compromiso
S		
O		

El modelo situacional comprende cuatro estilos dimensionales de liderazgo y considera el grado de control y el grado de compromiso necesarios para alcanzar los resultados deseados en una situación dada.

Se considera que **grado de control** es la conducta orientada al trabajo por parte del directivo y la forma como éste estructura o controla el trabajo, incluye decidir quién hará el trabajo, informar a los empleados qué deben hacer y supervisar los resultados. El grado de compromiso se relaciona con las conductas de apoyo y orientación.

* **“Apuntes del curso sobre Manejo de Conflictos”**, impartido por el Centro de Capacitación y Desarrollo (CECADE), de la Secretaría de Salud, junio, 1997.

Un alto grado de compromiso se caracteriza por la capacidad para escuchar las sugerencias de los subordinados, apoyo a sus sugerencias, facilitar su interacción con los demás, apoyarlos y elogiarlos.

Un estilo de liderazgo orientado a la Dirección, denota alto grado de control y bajo compromiso e implica que el directivo retiene la mayor parte de las responsabilidades en los ámbitos de planificación y toma de decisiones, una parte importante de su tiempo está dedicada a controlar, supervisar y dar indicaciones. Este estilo da buenos resultados en situaciones en que el tiempo disponible para lograr resultados es corto, o bien si la capacidad de los empleados es baja así como su motivación. Ocasiona grandes presiones al directivo y al empleado le hace pensar que su tarea es poco importante.

Un estilo de liderazgo orientado a la Asesoría se caracteriza por un alto grado de control y alto compromiso, le permite al directivo comprometerse con quienes le reportan para planear el trabajo y al mismo tiempo retener la mayor parte de la responsabilidad en la toma de decisiones. El directivo dirige, supervisa, proporciona apoyo al empleado, así como capacitación para reforzar su autoestima y confianza, propicia la comunicación y aumenta la probabilidad de que el empleado acepte las decisiones del directivo y al mismo tiempo asuma mayores responsabilidades. Este estilo tiene el inconveniente de que absorbe demasiado del tiempo del directivo y éste al planear el trabajo en todos sus detalles puede perder aportaciones valiosas por parte del empleado.

El estilo de liderazgo orientado a la Delegación, se caracteriza por el bajo control y alto compromiso. Delegar significa otorgar a los empleados una dotación importante de libertad en la toma de decisiones y responsabilidad para la consecución del trabajo con una supervisión mínima. Requiere de los empleados capacidad suficiente y motivación. Es el más adecuado cuando el

directivo tiene poca disponibilidad de tiempo y no puede asumir un compromiso más amplio. En este estilo, se incrementa la confianza del empleado en sí mismo y su satisfacción personal. Tiene el inconveniente de que los empleados pueden interpretar la conducta del directivo como falta de interés, despreocupación o poco aprecio por sus esfuerzos.

El estilo de liderazgo orientado a la Participación, Se caracteriza por bajo control y alto compromiso. Los directivos que utilizan este estilo, trabajan junto con los empleados, en la generación y evaluación de alternativas, tomar decisiones e implantar soluciones que requieren el apoyo de las personas comprometidas. Este estilo requiere de las personas comprometidas alta capacidad y disponibilidad de tiempo por parte del directivo. Los resultados de este estilo de liderazgo, son mayor compromiso y creatividad del empleado en la búsqueda de soluciones y en la toma de decisiones. El empleado tiene la moral más alta Este estilo tiene el inconveniente de que su implantación requiere tiempo y por lo tanto, es costoso y requiere que el directivo sea extremadamente hábil comunicador y oportuno para solucionar problemas y resolver conflictos.

Aún cuando este modelo no agota todas las posibilidades de liderazgo, nos permite ilustrar la situación en que se llevó a cabo el programa objeto del presente estudio, por lo que, para concluir la información sobre el tema, se incluyen algunas definiciones del concepto.

- Se entiende por **liderazgo**: cualquier intento expresado de influenciar e impactar la conducta de otras personas, es una forma de relación interpersonal,
- El **líder** es un servidor, que ocupa el puesto de dirección, misma que puede ser autocrática y que se caracteriza porque el dirigente realiza toda la acción pensante; laissez-faire que en el fondo es una falta de dirección, porque no modifica la situación que está originando problemas; democrática su sello distintivo es que imprime en los subordinados un sentido de

responsabilidad, integración, espíritu de colaboración y reconocimiento a la participación personal,

- La forma de manejar el poder en las relaciones interpersonales, puede ser por coerción, (presión o amenaza), recompensa, legitimidad, información, negociación, experiencia o afecto. Cualquiera de ellas contribuye a definir el tipo de liderazgo que se ejerce en una organización.

En la práctica no hay líderes "puros", es decir que no se ajustan exactamente a la descripción de los distintos modelos y enfoques. Cada quien debe actuar conforme lo exigen las circunstancias y en ocasiones el líder presenta características de los distintos modelos.

En los organismos públicos, al directivo le corresponde jugar el papel de líder, sin embargo, la estructura organizacional influye en el tipo de liderazgo que ejerce. En las jurisdicciones sanitarias, que se caracterizan por una estructura organizacional de tipo vertical, diseñada y organizada desde el nivel central, el directivo tiene muy poca libertad de acción especialmente por lo que se refiere a disposición de recursos financieros, ya que el presupuesto es asignado anualmente por instancias diferentes a la Jurisdicción y en cuanto a toma de decisiones, las que se refieren a la función sustantiva de la jurisdicción, como es el caso de las políticas de salud, también están definidas desde el nivel central.

En el caso concreto de la Jurisdicción sanitaria Iztacalco, la situación nos refiere a un estilo de liderazgo generalmente *laissez-faire*, con rasgos autocráticos y paternalistas.

Cada modelo de liderazgo implica un estilo de toma de decisiones. En el modelo *laissez-faire*, el momento de decidir sobre un asunto se difiere por tiempo indefinido, o se decide un curso de acción y luego no se da seguimiento a las decisiones, lo cual resulta más grave, puesto que los

subordinados encargados de ejecutar determinadas acciones, sólo tienen que esperar a que su jefe se olvide de las indicaciones que dio y no se molestan en reportar avances o resultados, porque simplemente no los hay.

En cuanto a la administración de personal, las políticas están dadas por la Ley Federal del Trabajo y otros ordenamientos.

En principio al personal se le debe reclutar, seleccionar, capacitar, estimular y promover, cuando proceda. A lo largo de su relación con la institución, debe ser evaluado periódicamente para otorgarle los estímulos y recompensas o bien imponerle las sanciones a que se haya hecho acreedor, en la práctica esto último es poco frecuente porque la intervención del representante sindical logra que la mayoría de las veces los empleados que por diversas faltas administrativas o por conductas impropias merecen ser sancionados, reciban cuando mucho una llamada de atención en forma verbal, es decir, que no aparece en el expediente del empleado y éste lo sabe, por lo que no se considera obligado modificar su conducta.

Por otro lado desde que en la década de los ochenta el presidente Miguel de la Madrid inició la política de racionalización del gasto público, se inició también una sistemática restricción a las contrataciones de personal.

Entre las muchas limitaciones que hay al respecto, se encuentra la de que, cuando un puesto queda vacante, la plaza se "*congele*" esto es que no se

puede contratar a alguien para que realice las funciones correspondientes, originándose así la improvisación, puesto que se recurre a que alguien del personal que desempeñaba una función diferente y a quien se desea estimular sin contar con los recursos para hacerlo, se haga cargo de las actividades correspondientes, para lo cual en muchos casos no está capacitado. Esto por sí sólo invalida las demás etapas que se deben tomar en cuenta para una adecuada administración de personal.

Existen mecanismos formalmente establecidos para el otorgamiento de estímulos que generalmente toman en cuenta la puntualidad, la asistencia y la permanencia, esto último se refiere a la cantidad de tiempo laborable que un empleado permanece en su sitio de trabajo, aún cuando no esté desempeñando la función para la que fue contratado. Para la asignación de estos estímulos se toma en cuenta la opinión del representante sindical, sin considerar criterios de eficiencia o productividad.

La institución no puede despedir a un elemento incompetente porque de inmediato interviene el sindicato, no puede promover a alguien a un puesto mejor, porque el sindicato recomienda a otra persona, de acuerdo con el estatuto y el escalafón, finalmente no puede sancionar a quien haya cometido una falta, porque su sindicato lo apoya. En estas circunstancias, cuando un empleado deja que desear en el cumplimiento de sus funciones, las únicas opciones que le quedan al directivo son transferirlo a otra área o dependencia o ponerlo a "disposición de personal", lo que ha dado lugar a que en la plantilla de personal, se encuentren muchas personas que únicamente están esperando el momento de su jubilación.

No obstante todas las aparentes ventajas de que disfruta el empleado sindicalizado y que parecen tener por objeto garantizar su permanencia casi

de por vida en su puesto, se observa que la motivación es con frecuencia baja y hay poca disposición al cambio y a la mejoría, las iniciativas de los directivos para modificar el entorno laboral o para cambiar la rutina es sentida como fuente de conflictos. En estas condiciones si el directivo no puede escoger el personal que requiere, y tampoco puede definir el perfil del mismo y se ve precisado a trabajar con los elementos de que dispone, su margen de toma de decisiones es bastante reducido simplemente no puede eliminar a los elementos indeseables, ni incorporar a aquellos cuya colaboración es deseable.

CAPITULO 3: PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: ¿PORQUÉ SE CONSIDERO NECESARIO DESARROLLARLO EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?.

“ La buena calidad es
barata, lo que es caro es
la mala calidad”
Joe L. Griffith.¹⁹

Desde hace tiempo ha ido en aumento el interés por evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario o cliente para lo cual la encuesta ha sido especialmente útil porque permite conocer los conceptos y actitudes del usuario en relación con la calidad de la atención o servicio recibido.

En el ámbito de los servicios de salud mediante una encuesta es posible identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, hacer una mejor planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes y lo más importante, minimizar el daño que puedan ocasionar a la organización, las demandas legales ocasionadas por una atención deficiente, asimismo proporciona información que permite conocer en relación a la organización de los servicios, diversos niveles de desempeño laboral y las expectativas de los usuarios y en consecuencia tomar medidas tendientes a mejorar la calidad de la atención que se otorga a los pacientes.

Una ventaja adicional de las encuestas es su costo relativamente bajo, entre los inconvenientes es posible identificar los siguientes:

¹⁹ Experto en Mejoría de la Calidad citado por Luis Castañeda Martínez en 52 cibergramas de calidad 2º ed. 1997. Enfoque Litográfico, S.A. de C.V. , México, D.F.

- a) Falta de capacidad del usuario para emitir juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención,
- b) La información recabada puede tener un sesgo debido a diferencias de criterio por parte de los encuestadores.

Una definición de calidad que se ajusta al contexto de los servicios de salud y a la forma de procesar la información recabada a través de encuestas aplicadas a usuarios de los servicios es la que proporciona Avedis Donavedian: "La calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados y se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. A su vez los mayores beneficios posibles se refieren a lo que es posible hacer de acuerdo con los recursos con los que se cuenta y con los valores sociales imperantes".²⁰

En esta definición pueden distinguirse dos dimensiones:

- a) **Dimensión técnica:** se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos a la solución de problemas de salud del paciente.
- b) **Dimensión interpersonal:** se refiere a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente, tiene relación con las "comodidades" o condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio, tales como iluminación, ventilación o espacio, propone asimismo tres dimensiones para medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud: **estructura, proceso y resultado.**

²⁰ Donavedian, Avedis. "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica", serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1989

Estos conceptos permiten introducir orden y coherencia en el manejo de la información y clasificarla de manera que sea posible agruparla de acuerdo con el rubro o dimensión que le corresponda lo cual significa que las respuestas relacionadas con la satisfacción de los usuarios se clasifican como un indicador de la dimensión de **resultado**, lo cual nos puede conducir a una opinión sobre aspectos de la **estructura** también conocidos como comodidades y que se refieren al estado de las instalaciones físicas, la capacidad del personal y a la estructura organizacional y conduce a aspectos de la dimensión **proceso** tales como procedimientos y acciones realizadas durante la consulta que remiten directamente a la dimensión **resultado** que involucra aspectos relacionados con los cambios que se producen en el estado de salud del paciente como consecuencia de la atención recibida²¹. Tomando en cuenta los criterios de ésta definición podemos procesar adecuadamente la información que genera una encuesta de satisfacción de usuarios con la certeza de que toda la información recibida será clasificada como corresponde.

En 1994, el Consejo Nacional de Salud, interesado en conocer la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud que se les proporcionaban, aplicó la Encuesta Nacional de Salud II²² cuyos resultados revelaron que, entre los principales motivos de queja, se encontraban la atención inadecuada, corto tiempo de consulta, reducida efectividad de los medicamentos, falta de medicamentos en la farmacia y tiempo de espera prolongado.

La información captada mediante la mencionada encuesta motivó por parte del Consejo Nacional de Salud la búsqueda de opciones que permitieran dar

²¹ De J. Ramírez, Teresita et al. "**Revista Salud Pública de México**" órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor, vol. 40 N° 1, enero-febrero de 1998, p. 3.

²² Op. Cit.

solución a la problemática identificada. Se buscó asimismo, que las soluciones propuestas se instrumentaran contando con la participación del personal disponible y que fueran generadas por el mismo, con base en su mejor conocimiento del terreno de los hechos.

Se consideró que la solución que respondía a estos requerimientos era la **implementación de un Programa de Mejoría Continua de la Calidad, (MCC)**, en las diversas instancias que conforman el Sector Salud.

Por lo que se refiere a los servicios de salud para población no asegurada, que caen en el ámbito de responsabilidad de la Secretaría de Salud, correspondió a la Dirección de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, coordinar la implantación y operación del mencionado programa en las jurisdicciones sanitarias ubicadas en el Distrito Federal.

El Programa de Mejora Continua de la Calidad se diseñó con base en el modelo CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT IN HEALTH CARE, diseñado por los expertos Curtis P. Mac Laughlin y Arnold D. Kaluzny. A continuación se mencionan algunas de las etapas que comprende esta estrategia.

- **Definición de Características y Funciones de la Mejora Continua de la Calidad**, esta etapa incluye:
 - a) Habilitar al personal operativo y a los directivos en el análisis y mejoramiento de los procesos,
 - b) Adoptar normas sobre la preferencia del cliente externo e interno,
 - c) Desarrollar multidisciplinas que vayan más allá de lo convencional al crear una nueva línea de profesionales más comprometidos con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios,
 - d) Promover un uso más racional de los recursos, crear bases de datos y lograr la cooperación para analizar procesos y llevar a cabo los cambios requeridos,

La Mejora Continua de la Calidad es simultáneamente la aplicación de una filosofía y de una metodología, que considera que atender las necesidades del cliente, es la clave de la calidad. El cambio es dinámico y constante y la participación del empleado en la instrumentación de las mejoras, fortalece su dignidad en tanto que la medición de los resultados, le enorgullece.

- **Difusión de los Elementos Filosóficos de la Mejora Continua de la Calidad**, comprende el conocimiento de los siguientes conceptos:
 - a) **El cliente** es el centro del Programa. La satisfacción del Cliente interno, es tan importante, como la del cliente **externo**. Se entiende por cliente externo al usuario de los servicios y por cliente interno al prestador de los mismos, de ahí que sea importante que esté satisfecho con los resultados de su trabajo, con el trato que recibe de sus superiores y compañeros y con sus condiciones de trabajo, pues su situación se reflejará en la calidad del servicio que proporciona, en el trato con sus compañeros, en la resistencia a trabajar en equipo y por ende contribuirá a dañar o mejorar la imagen de la institución. **El efecto positivo** en la salud del paciente, **es la medida del cumplimiento del servicio**. Tener la perspectiva de **mejorar el sistema**, es decir, que al mismo tiempo, se debe ir analizando el sistema de la institución,
 - b) **Análisis de los datos** recabados,
 - c) **Involucrar gradualmente en el programa** a todo el personal incluyendo los directivos,
 - d) **Analizar** todas las posibles causas de los problemas,
 - e) **Identificar** las soluciones a todas las causas,
 - f) **Analizar** los procesos con el propósito de optimizarlos, los procesos son: **series de actividades relacionadas entre sí que transforman las entradas en un producto o servicio**; también se consideran como la serie sistemática de acciones dirigidas a la consecución de un objetivo; o como la combinación de métodos, materiales, máquinas,

personas, medio ambiente, y mediciones usadas en conjunto para realizar un servicio, producir un producto o complementar alguna tarea. Tiene entradas y salidas (principio y fin) y son medibles, los procesos existen para satisfacer a un cliente, todo proceso tiene un responsable o dueño, puede ser representado en un diagrama de flujo y puede ser mejorado,

- g) Efectuar una **retroalimentación** continua, para impulsar una mejora real y permanente, que todas las acciones realizadas contribuyan y reflejen un **aprendizaje organizacional**.
- **Capacitación sobre los Elementos Estructurales** ésta etapa comprende:
 - a) Formación de equipos para el mejoramiento de los procesos
 - b) Utilización de las herramientas de la calidad que en cada circunstancia se requieran elaborando diagramas de flujo, utilización de diagramas de Pareto e Ishikawa y hojas de control, entre otras,
 - c) Organización paralela de la calidad, por ejemplo, la integración de un Consejo de la Calidad,
 - d) **compromiso de los altos líderes,**
 - e) Realización de Análisis estadístico,
 - f) **Medición de la satisfacción del usuario,**
 - g) Aplicación de Benchmarking, esto es, la comparación de indicadores con los de otras instituciones semejantes,
 - h) **Rediseño** de los procesos,
- **Establecimiento de los Pasos del Control de Calidad,** entre los que se debe considerar:
 - a) **Identificación** del problema, esto puede hacerse de diversas maneras, sin embargo, es recomendable utilizar un diagrama de Pareto, e identificar previamente al dueño del proceso,

- b) **Observación:** las herramientas recomendadas que se mencionan en esta misma página, primer párrafo, inciso b, en ésta etapa se aplican diagrama de flujo, hoja y lista de control,
- c) **Analizar las causas del problema** y las soluciones propuestas mediante un diagrama de Ishikawa, histogramas o diagramas de dispersión,
- d) **Aplicación** de las medidas de solución propuestas,
- e) **Recolectar** datos para determinar el efecto de la intervención,
- f) Cuando una intervención estratégica ha eliminado un problema debe **ser adoptada permanentemente**, en cuyo caso se debe tomar en cuenta que la gente debe saber el porqué de tal medida por lo tanto, es indispensable pensar en:
 - Actualizar los manuales de procedimientos,
 - Capacitar al personal,
 - Asignar responsables,
 - Monitorear el proceso,
 - Informar al cliente externo.
- **Identificación de los Componentes Esenciales de la Mejora Continua de la calidad**, implica el proceso de:
 - a) **Conocer y entender** cabalmente el sentido de una estrategia de mejora continua de la calidad, esta es básicamente la responsabilidad de los dirigentes y de quienes les apoyan en la instrumentación del programa,
 - b) **Compromiso** en un programa de mejora continua de la calidad, la más alta prioridad corresponde al **compromiso**, si éste no es total, esto puede

ocasionar serias fallas en la implantación y desarrollo del programa de calidad,

- c) **Planeación.** Elaborar un adecuado plan estratégico, en el que todos en la organización tengan clara la misión y visión de la misma, y darlo a conocer a todos los miembros del equipo, ésta es una responsabilidad de los dirigentes,
- d) **Integración de equipos de trabajo,** considerados como la forma óptima de interacción grupal, ya que al formar parte de un equipo de trabajo las personas se apoyan mutuamente y utilizan al máximo sus capacidades. Un equipo es un conjunto reducido y fijo de personas altamente organizado, con funciones determinadas, con una tarea clara y bien definida y comprometidas en el logro de un objetivo común,
- e) Propiciar una adecuada **comunicación.** Cuando esto no sucede, hay confusión, desarmonía, baja moral, insatisfacción y, por supuesto, ésta situación se refleja en la calidad de los servicios,
- f) Educación y Capacitación. Estos **son los mecanismos** más adecuados para dar a conocer al personal el alcance del programa, y las herramientas que se utilizan,
- g) **Asimilación de la estrategia.** Se ha demostrado que normalmente toma entre 6 y 12 meses lograr que el personal que tendrá a su cargo desarrollar y difundir el programa, obtenga los conocimientos necesarios para iniciar las actividades de Mejora Continua de la Calidad (MCC) y que deben dedicarse otros 12 meses a la capacitación de dicho personal, antes de iniciar el proyecto. Durante el siguiente año o año y medio, los directivos deben detectar áreas en las que no hay problemas, pero que son susceptibles de ser mejoradas. Deben transcurrir aproximadamente cinco años antes de que todo el personal conozca el concepto y las herramientas de MCC y empiece a tomar sus propias iniciativas.

A juicio de algunos expertos, para transformar a toda la organización son necesarios alrededor de 10 Años.

Entre las principales razones por las que se considera necesario implantar un programa de MCC, figuran los **COSTOS** que la organización debe pagar por no implantar el programa, dichos costos se dividen en cuatro categorías.

- 1 **Costos de fácil medición:** inadecuada prevención, capacitación insuficiente, falta de oportunidad en la realización de reuniones, entre otros,
 - 2 **Costos de Evaluación:** no se aplican pruebas o encuestas la inspección y supervisión son insuficientes y con frecuencia inoportunas,
 - 3 **Costos de difícil medición:** hay repetición de acciones mal realizadas, interrupciones en las actividades, los tiempos perdidos se multiplican y hay mucho desperdicio de recursos, entre otros aspectos que se refieren al costo interno de las fallas.
- En cuanto al **costo externo** de las fallas, posiblemente, es el más alto de todos, pues compromete la imagen y el prestigio de la institución, está representado por:
 - Pacientes que no regresan a causa de la inadecuada atención recibida, l
 - Litigios por tratamientos inadecuados,
 - Enfermedades por complicaciones,
 - Iatrogenias, (daños ocasionados a la salud por medicación y tratamientos inadecuados) entre otros.

Una de las **ventajas** que para la organización **significa la implantación de un programa de MCC** se encuentra el hecho de que el impacto directo de la mejora de la calidad se da en beneficio del paciente y de la organización

porque los sistemas pueden ser diseñados y rediseñados para reducir los costos antes mencionados y su efecto en la organización.

En los párrafos anteriores, se desglosaron los elementos más importantes de una estrategia de MCC. A continuación se planteará la forma en que esta estrategia se implantó en la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, se analizará la **problemática detectada y las propuestas de solución.**

En Iztacalco, el Programa de MCC, se implantó en 1995, previamente el jefe jurisdiccional seleccionó a un asesor interno para cada uno de los centros de salud que integran la jurisdicción y uno para las oficinas de la jefatura jurisdiccional.

Este grupo en lo sucesivo se llamó **equipo de asesores** y quedó integrado por tres médicos, una enfermera, una trabajadora social y una pasante de Ciencias Políticas y Administración Pública.

Errores metodológicos en la implantación y desarrollo del PMCC

El primero de los muchos errores metodológicos que se cometieron desde la puesta en marcha del programa, hasta su desaparición, se dio en ésta etapa y consistió en que los asesores no fueron seleccionados ni capacitados simultáneamente y los dos últimos que fueron seleccionados, se incorporaron a la etapa de capacitación un mes antes de que ésta concluyera, por lo tanto, cuatro asesores recibieron un curso de seis meses, y dos solamente recibieron un curso de un mes, esta anomalía, tratándose de un programa cuyo objeto era mejorar la calidad de los servicios, es significativa y no tardó en reflejarse en el desarrollo del programa.

El segundo error importante cometido en ésta etapa, consistió en **la forma de “seleccionar”** a los integrantes del equipo de asesores, pues cinco de ellos

habían pertenecido al entonces recién desintegrado Equipo Zonal de Supervisión y no tenían funciones asignadas, es decir, que no se les designó como asesores del programa porque hubieran mostrado alguna disposición o competencia especial, salvo en un caso, sino por “**ponerles a hacer algo**”, el sexto miembro del equipo recientemente había sido adscrito a la Jurisdicción Sanitaria y tampoco tenía funciones asignadas.

Esta forma de seleccionar a los asesores dio lugar a que, en muy poco tiempo, salieran a relucir entre algunos de los miembros del equipo problemas tales como la resistencia al cambio **entre quienes estaban destinados a promoverlo!** y la falta de compromiso. Algunos de los miembros del equipo que habían pertenecido al equipo zonal de supervisión, consideraron que la puesta en marcha del PMCC era muy lenta y la obtención de resultados muy incierta por lo que pretendieron entonces aplicar a la ejecución del PMCC **la metodología de la supervisión** y ocasionaron problemas y enfrentamientos con el personal que obstaculizaron el desarrollo del PMCC, poco después 4 de ellos se desalentaron y frustrados se retiraron del programa primero y después de la institución sin perder ocasión de comentar que el PMCC, para lo único que servía era para perder el tiempo.

Los dos asesores que permanecieron en el programa, en lugar de asesorar al personal de un solo centro de salud tuvieron que hacerlo en un caso con el personal de tres centros de salud y en el segundo caso, al personal de dos centros y al de las oficinas jurisdiccionales. No obstante que el trabajo aumentó significativamente, se contó con la posibilidad de mejorar la coordinación entre los asesores y se pudo organizar mejor el trabajo.

El tercer problema que afectó el desarrollo del programa, se refiere a los **diversos niveles jerárquicos** que tuvieron injerencia en el mismo. La forma en que están estructurados dichos niveles, guarda relación directa con la **cultura organizacional** de la institución, la cual fue descrita en páginas anteriores. A

propósito de cultura organizacional Alejandro O. Córdova Villegas y sus colaboradores en su artículo “Un Enfoque del Estudio de la Cultura Organizacional” señalan que ...“ Las organizaciones formales, consideradas como una unidad social compleja deliberadamente constituida y reconstruida para la realización de objetivos específicos, crean un conjunto de relaciones sociales caracterizadas por el establecimiento de una estructura jerárquica de normas y reglamentos que regulan las relaciones entre sus miembros. Agregan que la cultura de la organización es producto de la interacción de la estructura y los procesos por lo que es producto de la planificación directiva del pasado y el presente así como de las actividades de organización, liderazgo y control”²³...

Por lo que se refiere al Programa de Mejora Continua de la Calidad (PMCC), la cultura de la organización determina que si bien el responsable de su operación es el jefe jurisdiccional, el equipo de asesores estaba adscrito al **Departamento de Atención Médica** y al igual que otros programas prioritarios estaba coordinado desde la Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal, lo cual significa que en muchas ocasiones los asesores recibían instrucciones directamente desde el nivel central, pasando por alto a los jefes inmediatos (jefe jurisdiccional y de departamento). El mismo esquema se repetía cuando los asesores se presentaban en los centros de salud.

²³ Cordova Villegas, Alejandro et. Al. Revista “Gestión y Estrategia”, departamento de Administración Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco, N° 14, julio-diciembre 1998, pp. 82-93.

De acuerdo con el organigrama de la jurisdicción sanitaria Iztacalco (ver anexo N° 2), para los centros de salud que integran la jurisdicción, la jefatura representa el nivel central de toma de decisiones, desde el cual los asesores se desplazaban a los centros de salud para trabajar con el personal pasando por alto a la dirección del centro de salud, es decir, que el director jurisdiccional no pedía, ni tomaba en cuenta la opinión del director del centro de salud para que un asesor trabajara con el personal bajo sus órdenes, simplemente el asesor era designado, de lo cual se derivaron no pocos problemas.

Hasta aquí, se ha tratado de describir el contexto en el que se puso en marcha el P.M.C.C., a continuación se planteará la forma concreta en que se desarrolló el programa y los resultados que se obtuvieron.

El P.M.C.C. fue diseñado para que el personal contando con una adecuada asesoría tomara parte activa en el análisis de los procesos en los que intervenía, detectara oportunidades de mejora y presentara al personal directivo propuestas que de ser aprobadas y puestas en práctica, se tradujeran en una mejor calidad de la atención a los usuarios (clientes).

La asesoría impartida comprende las siguientes etapas:

- **Sensibilización**, que básicamente consiste en realizar una serie de reuniones con el personal, durante las cuales se proporciona información sobre las bondades y metodología del programa invitándoles a participar en el mismo,
- **Integración de equipos de trabajo**. Una vez que el personal acepta participar en el programa, se le propone integrar equipos de trabajo y si están de acuerdo, por consenso se establecen las “reglas del juego”: nombre

del equipo, calendario, horario y duración de las reuniones y se procede a seleccionar el proceso que se analizará,

- **Identificación del dueño del proceso.** Esto es identificar el puesto en el que recae la responsabilidad de desarrollar un proceso de trabajo, por ejemplo, en relación al proceso de vacunación, la dueña del proceso es la enfermera, en cuanto al proceso de limpieza, el dueño es el personal de intendencia, etc. una vez identificado el dueño del proceso se elabora una lista de las actividades que lo componen, en el orden y con la periodicidad con que se realizan y se discute la pertinencia de realizarlas, es posible que durante la discusión se descubra que algunas de ellas no son necesarias, o por el contrario que alguna que es muy importante se está omitiendo, o bien que algunas actividades se realizan por rutina y nadie sabe porqué se hacen ni quien decidió que se hicieran de cierta manera.

Frecuentemente el **personal** considera que no es necesario analizar los procesos ni modificarlos, porque si algo anda mal, seguramente se debe a que no se les proporcionan insumos suficientes o si reciben insumos suficientes, entonces es que se les entregan en forma extemporánea o no son de la clase y en la cantidad requerida, y finalmente, si el problema no reside en alguna de las causas mencionadas, entonces lo que pasa es que el jefe no pone atención a nada, no sabe nada, no tiene experiencia y por lo tanto, debería ser destituido.

Existe la posibilidad de que el problema se deba en parte a todas las causas mencionadas o a otra totalmente diferente pero sin analizar el proceso, no es posible determinar qué origina el problema, tampoco se puede corregir y menos aún se puede lograr una mejora en el desarrollo del proceso.

Por su parte el personal directivo espera que por el sólo hecho de que el personal bajo sus órdenes participa en el Programa, los problemas se resolverán mágicamente porque de alguna manera consideran que el programa es un asunto que atañe al personal ya que en su opinión tiene por objeto enseñarles a hacer mejor su trabajo por lo que a ellos como directivos no les

concierno, por lo tanto no se involucran en el desarrollo del programa, así, cuando se termina de analizar un proceso y se les presentan propuestas tendientes a mejorar el desarrollo del mismo, la primera respuesta que suelen dar los directivos es que dicha propuesta no es viable.

Una Característica del **P.M.C.C.** es que impulsa al personal a tomar decisiones relacionadas con su quehacer inmediato y el papel de los mandos medios es apoyar a su personal proporcionándoles los elementos necesarios y reforzando su confianza en las propuestas que plantean, sin embargo, en la práctica lo que sucede con mayor frecuencia es que los directivos reciben las propuestas y a su vez las transmiten al director jurisdiccional y entonces se repite la historia: si el director considera viable la propuesta, la orden de ponerla en práctica, no se debe un acto de racionalidad originado en el análisis de los procesos, sino que se traduce en **“una orden desde arriba”**, en una decisión centralizada, que posiblemente será puesta en marcha por un personal diferente al que generó la propuesta. Finalmente, como es usual en los sistemas altamente burocratizados, entre el momento de elaborar la propuesta y su puesta en marcha, pueden transcurrir meses, durante los cuales nadie considera necesario informar al personal qué ha sucedido con su propuesta, como consecuencia de lo cual éste se desmotiva y hay una pérdida de credibilidad que afecta principalmente a las autoridades. Es interesante observar que en este momento es cuando un mayor número de personas decide abandonar el programa afectando su desarrollo precisamente en el momento en que como consecuencia de haber presentado las propuestas, se requiere evaluar los avances logrados y redoblar esfuerzos, lograr que el personal continúe participando en el Programa.

Cuando las propuestas son aceptadas por el personal directivo y se ponen en práctica, el siguiente paso es realizar mediciones periódicas para constatar el porcentaje de mejoría que se opera en el desarrollo del programa, detectar y corregir desviaciones, y buscar nuevas oportunidades de mejora en el mismo proceso o en otros procesos.

En el caso de la jurisdicción sanitaria Iztacalco, a través del **buzón de quejas y sugerencias**, se habían estado recibiendo quejas por la deficiente limpieza de las instalaciones: consultorios, salas de espera y sanitarios, por parte de los usuarios o clientes externos y por la deficiente limpieza de oficinas, laboratorios, y sala de rayos X, por parte del personal técnico y administrativo, o clientes internos. Se le planteó la situación al personal de intendencia al cual se invitó a participar en el programa, integrando un equipo de trabajo para analizar el proceso de limpieza. Pese a que se llevó a cabo una intensa etapa de sensibilización fue difícil que aceptaran pero finalmente lo hicieron. En un primer momento el personal manifestó que no consideraba necesario analizar ni modificar el proceso, porque en realidad lo que hacía falta era que se les dotara más material y mejor equipo para trabajar, no obstante se continuó trabajando con ellos y poco a poco surgieron algunas oportunidades de mejora.

Lo primero que se logró determinar fue que en realidad no les hacían falta más ni mejores insumos y que **su actitud** obedecía a que sentían que tanto los usuarios, como el resto del personal manifestaba una **profunda falta de respeto hacia sus personas y hacia su trabajo**.

Observando la forma en que el personal de intendencia realizaba sus labores se pudo determinar que también requería capacitación, el propio personal confirmó que nunca había recibido capacitación y que al incorporarse a la jurisdicción la única indicación que recibieron fue que la "limpieza debían hacerla como lo hacían en su casa" y así lo hacían, esto significa que no contaban con ningún tipo de protección para manejar los desechos que genera un centro de salud, que tampoco los manejaban adecuadamente y que la limpieza que se hacía en consultorios, laboratorios y área de inmunizaciones no era la requerida, informado el director de esta situación tomó las siguientes medidas:

- Efectuó una reunión con todo el personal del centro de salud, en la que les informó que el equipo de intendencia estaba participando en el **PMCC**, con el propósito de mejorar la calidad del servicio y mejorar la imagen del centro, les planteó la situación ya descrita y les pidió cambiar su actitud para con los miembros del equipo, con lo cual logró despertar cierto grado de interés por el programa y una leve mejoría en la actitud motivo de las quejas del personal de intendencia.
- En cuanto a los usuarios, por orden del director el personal de trabajo social, desarrolló una campaña de **orientación al público**, de la cual no se obtuvieron los resultados esperados, porque como se pudo comprobar cuando se analizó el proceso de limpieza, la medida no respondía a la problemática planteada, no obstante, estas medidas permitieron mejorar la comunicación entre el personal y el asesor del programa y establecer las bases para iniciar el análisis del proceso.
- La impartición de un curso de capacitación especialmente diseñado para resolver el problema de la limpieza en las instalaciones aplicando las técnicas adecuadas, se llevó a cabo mucho después, cuando el equipo ya se había desintegrado.

Posteriormente se detectó que había continuos roces entre el **personal de intendencia y los usuarios** debido que la limpieza diaria de las instalaciones se inicia a la misma hora en que llegan los usuarios a solicitar fichas para los diversos servicios que proporciona el centro, entre ellos el de análisis de laboratorio. Los integrantes del equipo consideraron que era innecesario citar a los usuarios tan temprano puesto que realmente el servicio se iniciaba más tarde y la presencia de los usuarios en las instalaciones, mientras se realiza el aseo entorpece el desarrollo de las labores, por lo que propusieron que se citara a los usuarios media hora más tarde y realizaron un sondeo de opinión (ver anexo N° 3) que reveló que la medida sería bien recibida por éstos, sin

embargo, el director consideró que la propuesta no era viable y sin mayor explicación impuso una rotación del personal de intendencia.

Este tipo de respuestas por parte del personal directivo fueron frecuentes y se puede considerar que son la causa directa de los pobres resultados obtenidos, sin embargo, donde tuvieron un mayor impacto fue en las relaciones interpersonales: entre los miembros del equipo, entre éstos y el resto del personal y desde luego, con los usuarios, se manifestó en primer término predisposición a trabajar en equipo y otras actitudes negativas, éste tipo de respuesta, tanto por parte del personal directivo, como por parte del personal, en una etapa del proceso en que todavía no se habían siquiera descrito todas las actividades que integran el proceso, dieron como resultado que el equipo estuviera a punto de desintegrarse y revelan que el personal directivo no conocía los objetivos del programa y que en el fondo tampoco lo apoyaba sino que se limitaban a obedecer la instrucción recibida de la dirección.

Fue difícil que los miembros del equipo aceptaran continuar entre otras razones porque pensaron que todo lo que propusieran sería considerado por el director como una forma de enfrentar su autoridad y que continuaría rechazando todas sus propuestas, sin haberlas evaluado suficientemente. Ante esta situación, el equipo acordó centrar su atención en los aspectos estrictamente operativos del proceso.

Se hizo una mejor distribución de las áreas asignadas a cada miembro del equipo, se definió en qué consiste la limpieza diaria, cuál es la limpieza profunda y la periodicidad con que debe realizarse, se determinó cómo se distribuirían las áreas cuando alguno de los miembros del equipo tuviera vacaciones, disfrutara de algún permiso especial o tuviera licencia médica, se elaboró el formato "guía de supervisión" (ver anexo N° 4) para llevar un registro detallado de las actividades realizadas por cada miembro del equipo día a día, en éste registro el supervisor debía asignar las calificaciones B (bien), R (regular) o M (mejorar) a

cada una de las actividades señaladas en la guía, en su oportunidad con estos resultados se elaboró una gráfica que mostraba el desempeño individual de cada miembro del equipo durante el tiempo en que se estuvo analizando el proceso (ver anexo N° 5), se elaboró la “carta de proceso” (ver anexo N° 6) en la que se lleva el registro de los factores a controlar que son el conjunto de elementos necesarios para llevar a cabo una actividad (material, equipo, vestuario u otros) y que deben corresponder a cada etapa del proceso señalada en el diagrama de flujo que forma parte del mismo formato en el que también se registra el nombre del puesto en el que recae la responsabilidad de la ejecución de la actividad y los resultados esperados de la realización de la misma. Se elaboró el formato “Análisis de problemas” (ver anexo N° 7) en el que se registra en seis columnas el problema detectado, sus causas, las áreas involucradas, las soluciones propuestas, el plazo en que se considera que pueden llevarse a cabo dichas soluciones y el nombre del puesto en el que recae la aplicación de las mismas. Se elaboró el formato de “asignación de prioridades” (ver anexo N° 8) en el que se registra en seis columnas: el problema detectado, su **magnitud** que es el criterio para calificar un problema de acuerdo a la frecuencia con que aparece. Se asigna una calificación de 5 si aparece muy frecuentemente y se le asigna 1 si no es frecuente; **trascendencia**, es el criterio para calificar el impacto del problema en el

proceso, se le asigna una calificación de 1 si no es un problema grave y se le asigna 5 si es grave; **vulnerabilidad** que es el criterio para calificar si el problema es de difícil solución en cuyo caso se le asigna 1 de calificación y si es de fácil solución se le asigna calificación de 5; y **factibilidad** que es el criterio para calificar si la solución de un problema depende de factores políticos o económicos fuera del alcance del equipo que está analizando el proceso en cuyo caso se le asignará una calificación de 1 y si la solución del problema no depende de dichos factores, es decir que sí está al alcance del equipo que está analizando el proceso, se le asigna 5 de calificación, finalmente hay una columna en la que se anotan las **calificaciones** con las cuales se elaboró un diagrama de Pareto (ver anexo N° 9) para seleccionar el problema con cuya solución se inició el mejoramiento del proceso analizado. Se elaboró el formato “carta de calidad del proceso” (ver anexo N° 10) en el que se registraron los insumos necesarios para mejorar el proceso, los requisitos de calidad debían reunir y el nombre del puesto cuya responsabilidad era proporcionarlos, se registraron asimismo los productos que se esperaba obtener, qué requisitos de calidad debían reunir y a qué cliente (interno, externo o ambos) estaban destinados dichos productos, se registraron asimismo las oportunidades de mejoría detectadas, las cuales serían la base para una segunda etapa de mejoramiento del proceso. Se elaboraron otros dos formatos: “Proyecto de Mejoría del Proceso” (ver anexo N° 11) y “seguimiento a las soluciones propuestas” (ver anexo N° 12), en el primero de los cuales se registraron las acciones que el equipo se proponía realizar para mejorar el proceso, en qué tiempo las realizarían y a quién le correspondería llevarlas a cabo. En el último de los formatos mencionados se registraron periódicamente las acciones que iban quedando pendientes de realizarse (ver anexo N° 13) así como las causas que impedían la solución.

Como la realización de éstas acciones dependía únicamente del grado de compromiso de los integrantes del equipo, no se requería autorización para efectuarlas y durante un corto período en que la motivación fue muy alta, se obtuvieron excelentes resultados, como pudo comprobarse mediante las mediciones constantes, mismas que se graficaron, lo cual contribuyó a que el personal constatará el grado real de mejoramiento del proceso que se había obtenido a lo cual contribuyó la elaboración de indicadores. (ver anexo N° 13).

Como ya se mencionó este equipo elaboró una ponencia con los resultados de su trabajo y la presentó en el Congreso de la **Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA)** y el haber obtenido el primer lugar entre los de su categoría que se presentaron ayudó a mejorar mucho la autoimagen de los miembros del equipo, sin embargo, cuando en una etapa subsecuente plantearon que para optimizar los servicios de limpieza requerían la instalación de **un lavadero**, la respuesta tardó más de un año en llegar, porque el personal directivo consideró que la propuesta era irrelevante; en ese lapso se reestructuró el equipo de asesores y como consecuencia el análisis de proceso entró en receso, al pretender reanudarlo, el personal ya no quiso participar.

Como resultado de la participación en el **PMCCC**, se logró durante un corto periodo mejorar en forma considerable la limpieza y las quejas de los clientes tanto internos como externos se redujeron en forma significativa, sin embargo, el problema de roces entre el personal y los usuarios persistió y las autoridades no se preocuparon por buscar una solución que satisficiera a ambas partes.

Tomando en cuenta que de acuerdo con los postulados del programa la satisfacción del cliente es la medida del cumplimiento del servicio y en el caso que nos ocupa ni el cliente interno (empleados del centro) ni el cliente externo

(usuarios) ni el prestador del servicio (personal de intendencia), vieron satisfechas sus expectativas, podemos considerar que la importancia de los buenos resultados obtenidos en cuanto a limpieza es secundaria porque los aspectos medulares no se tocaron.

Uno de los aspectos fundamentales de una estrategia de mejora continua, es que a diferencia de otras estrategias centradas en el producto esta asigna la máxima prioridad a la **satisfacción de las necesidades del cliente**.

En la relación cliente proveedor existe un momento que determina si la satisfacción del cliente se puede lograr o no, es el llamado **momento de la verdad** y se presenta cuando por primera vez están en contacto ambos. El momento de la verdad mejor conocido, al que todos nos enfrentamos cotidianamente ya sea como usuarios de un servicio o como proveedores del mismo tiene lugar en el mostrador o en la ventanilla de cualquier negocio grande o pequeño, público o privado. Es cuando el cliente o usuario recibe la primera imagen de la institución y de ella depende que desee continuar utilizando los servicios que ésta ofrece o decida no hacerlo.

En el caso que nos ocupa el momento de la verdad la primera impresión que los usuarios reciben del centro de salud está a cargo del personal de intendencia y debido a las circunstancias ya mencionadas, este personal está proyectando una muy mala imagen de la institución al tener roces frecuentes con los usuarios; es poco probable que los usuarios decidan abandonar el servicio ya que como recordaremos, son población abierta (no derechohabiente) y no cuenta con otras opciones, debido a esto el personal de centro y no únicamente el de intendencia tiende a considerar que por lo poco que el servicio les cuesta, los usuarios deben aguantar el trato poco amable, es decir que en principio no les interesa proyectar una buena imagen de la institución.

Cuando el Director invalidó la propuesta del personal de intendencia, la institución desperdió una magnífica oportunidad de reorientar el servicio transformando el “**momento de la verdad**”²⁴ en el aprovechamiento de una “**oportunidad de mejora**”, de ser aceptada la propuesta presentada por el personal de intendencia, se habrían logrado simultáneamente varios propósitos: en primer término hacer que el personal de intendencia, que forma parte del personal de línea que tiene a su cargo el trato diario con los usuarios, asumiera como propio el reto de contribuir a mejorar la imagen de la institución, que el usuario sintiera que sus opiniones y necesidades son tomados en cuenta como lo más importante para la institución, que el Director al respaldar a su personal les mostrara con hechos que confiaba en su capacidad de tomar decisiones que les permitieran mejorar el servicio, contribuyendo a reforzar la idea de que el **Programa de Mejora Continua de la Calidad**, en el que estaban participando podía dar resultados en el corto plazo, que ellos los verificaran y por lo tanto, debía reforzar la credibilidad del programa y servir para atraer al mismo al personal de otras áreas que al ver que éste se estaba desarrollando con buenos resultados, se habría decidido a participar en el mismo.

Desde el punto de vista de la **teoría de la Calidad**, el primer contacto entre un usuario y un prestador de servicios es determinante para éste, pues de la primera impresión que recibe el cliente depende si regresa o no. Un prestador de servicios que no es capaz de conservar a sus clientes, no puede considerarse exitoso, lo anterior trasladado al ámbito de los servicios de salud constituye un problema serio porque las instituciones que proporcionan éstos servicios en realidad tienen una imagen bastante deteriorada, **el trato poco amable** es uno de los problemas captados en la **Encuesta Nacional de Salud**

²⁴ Carlzon, Jan. “**El Momento de la Verdad**”, Madrid, Diaz de Santos, S.A., 1991, p 15

y es una de las razones por las que se consideró necesario implantar un programa de Mejora continua de la Calidad.

El “**momento de la verdad**” es el que realmente determina si una acción emprendida tendrá éxito o no, considerando los resultados podemos pensar que el **Programa de Mejora continua de la Calidad, no fue exitoso, porque el personal directivo no hizo algo que le ayudara a conservar a sus clientes, si éstos deciden continuar utilizando los servicios del centro de salud, es porque no cuentan con otras opciones**, es decir que en una estrategia de mejora continua de la calidad, el aspecto más relevante es la atención al cliente y lo que diferencia una estrategia de atención al cliente, de una estrategia centrada en el producto, es el propósito manifestado por el proveedor, de estar dispuesto a conservar sus clientes con base en un servicio que se ajuste a la medida de sus necesidades. Por esto es que se hace referencia a la prestación de un servicio que sea como “una camisa a la medida,” esto es para lo que se requiere que el *personal de línea que está en contacto directo con el cliente sea capaz de tomar decisiones sobre la marcha con el propósito de atender adecuada y oportunamente a las necesidades del cliente, esto es especialmente importante porque no basta que se le atienda “bien”, debe ser atendido con oportunidad* Cuando el cliente tiene que esperar demasiado o regresar para ser atendido, es posible que prefiera buscar otro proveedor.

Ahora que hemos mencionado algunos aspectos de la calidad, podemos dar una definición comúnmente aceptada: **calidad es el conjunto de requisitos que deben reunir los bienes y los servicios para satisfacer las necesidades del cliente”**.

Las estrategias orientadas a mejorar la calidad de los servicios se han implantado con resultados diversos en distintas instituciones del sector salud que percibieron la insatisfacción del usuario con la calidad del servicio que se les proporcionaba. El Dr. Enrique Ruelas Barajas, en su artículo “Círculos de

Calidad como estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica”, relata los resultados que obtuvo el Instituto Nacional de Perinatología al implantar la estrategia mencionada, llega entre otras a las siguientes conclusiones:

- “En los programas de este tipo es mucho más frecuente que las decisiones sobre la operación del servicio se tomen por consenso, lo que ha permitido pasar de una dirección por crisis a una dirección prospectiva,
- El respaldo del cuerpo directivo, especialmente del de alto nivel, es fundamental.
- Si el estilo de liderazgo de los directivos es autocrático, probablemente deba seleccionarse una estrategia de garantía de calidad que no sea de tipo descentralizado-participativa.
- Al fomentarse la participación del personal involucrado en la prestación de servicios, la supervisión y evaluación del desempeño, dejan de ser actividades fiscalizadoras”.²⁵

En el caso de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco los requisitos mencionadas no se cumplieron y es difícil que en un organismo de la Administración Pública se puedan cumplir porque una estrategia de mejora continua de la calidad requiere que la delegación de responsabilidades en el personal operativo (de línea) sea efectiva lo cual en la Administración Pública es poco factible toda vez que como hemos visto a lo largo de este trabajo se trata de

²⁵ Cjt. Ruelas Barajas, Erique, et al. “**Revista de Salud Pública de México**”, órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. Vol. 32, N° 2, pág. 207, marzo-abril, 1990.

estructuras **organizacionales de tipo vertical** que se caracterizan por una toma de decisiones centralizada lo que significa que los mandos medios no tienen la posibilidad de tomar decisiones, sólo son **transmisores** entre los mandos superiores y los niveles inferiores de la organización, esto nos permite entender porqué no es fácil aceptar que “el personal bajo sus órdenes tome decisiones” y las lleve a la práctica porque sienten amenazada su de por sí reducida esfera de influencia y disminuida su autoridad.

CONCLUSIONES

Considero necesario retomar las Hipótesis planteadas al inicio de la presente tesina

1. **La primera hipótesis**, plantea una pregunta sobre si la existencia de una **estructura organizacional de tipo vertical** limita las posibilidades de éxito de programas como el de Mejora Continua de la Calidad. La respuesta es **sí las limita**. En una estructura en la que las pautas principales están dadas desde un nebuloso nivel central, ni los mandos medios mandan, ni el personal puede realmente elegir opciones que le permitan mejorar su entorno laboral.

2. **La segunda hipótesis** plantea la posibilidad de que coexistan dos formas de toma de decisiones: la **vertical imperante** y la **horizontal** generada por la participación del personal en la toma de decisiones.

La elaboración de este trabajo hizo necesaria una revisión de las actividades realizadas antes, durante y después de la implantación del programa, así como de los resultados obtenidos, con base en los cuales se puede afirmar que **es sumamente difícil lograr una coexistencia en el ejercicio de la toma de decisiones**, que si bien es deseable que suceda sólo puede darse como consecuencia de un cambio en la cultura organizacional que posibilite la adopción de un sistema vertical y horizontal de toma de decisiones es necesario achatar la pirámide y que la información fluya en ambos sentidos que se establezca una buena comunicación entre los diversos niveles jerárquicos con un liderazgo democrático, participativo y comprometido.

3. **La tercera hipótesis** plantea la posibilidad de que, de **coexistir estas dos formas de toma de decisiones** esto se traduzca en un mayor involucramiento del personal con los objetivos institucionales y que en

caso contrario la superposición de ambas formas de toma de decisiones sería sólo aparente lo cual generaría mayor frustración en el personal, escaso interés en participar, simulación y poca disposición al cambio.

La participación en la toma de decisiones por parte del personal debe ir acompañada de una adecuada comunicación entre los diversos niveles jerárquicos y ésta comunicación ha de fluir en forma horizontal y vertical para contribuir a mantener un ambiente laboral sano y armonioso esto no ocurrió en la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco donde sólo en apariencia se permitió la participación del personal en “los asuntos de la institución” y esto derivó en una mayor falta de interés por parte del personal por contribuir a obtener resultados que significaran una mejora en la calidad de los servicios y por supuesto derivaron en una escasa disposición al cambio.

Asimismo considero que **un mayor involucramiento** del personal directivo no sólo es deseable sino necesario de acuerdo con el modelo de liderazgo situacional definido en la página 37 el directivo ideal para desarrollar y obtener los resultados esperados de un programa como el de Mejora continua de la Calidad sería aquel cuyo estilo respondiera las características del estilo de **Participación.**

4. Considero asimismo, que una causa importante de que no se lograran mejores resultados del Programa de Mejora continua de la Calidad, es el carácter sexenal de la administración pública mexicana no se dispone de todo el tiempo que se requiere para lograr la “asimilación de la estrategia” porque urge obtener resultados antes de que concluya el sexenio no hay oportunidad de permitir que los equipos “maduren” y lo más seguro es que en el siguiente sexenio ni se mencione el P.M.C.C.

Esta es una de las razones por las que se tiende a considerar que las estrategias de calidad (círculos de calidad, calidad total, M.C.C. y otras) sólo

son viables en la empresa privada, que no está sujeta a estas restricciones de tiempo, sin embargo, en los organismos públicos urge tomar medidas para mejorar el trato al usuario de los servicios y la imagen institucional

**ESTA TESIS PERTENECE
DE LA BIBLIOTECA**

RECOMENDACIONES

La elaboración de éste trabajo me permitió reflexionar sobre la necesidad de **incidir en la formación de directivos**, en el caso de los servicios de salud la mayor proporción de los puestos directivos es ocupada por personal médico, con escaso conocimiento del proceso administrativo lo cual posibilita que en lo que se refiere a la administración de recursos el jefe del área administrativa aplique sus propios criterios ya que es evidente que el médico directivo no se interesa ni tiene conocimientos suficientes sobre la materia y esto afecta el cumplimiento de las funciones sustantivas debido a que los recursos no siempre se aplican a resolver los problemas derivados del cumplimiento de las mismas, así se da el caso de que el directivo depende de lo que decida el área administrativa al frente de la cual no siempre hay un profesional de la administración, sino alguien que maneja los recursos con criterios contables más que de eficiencia y racionalidad administrativas, más aún es común que quienes desempeñan las funciones sustantivas consideren que las funciones administrativas son de carácter inferior y que cualquier persona las puede realizar, lo que implica que se improvisa a partir de que se menosprecia este tipo de funciones, sin tener en cuenta que para administrar eficientemente se requiere una formación específica.

Esta rigidez organizacional es característica de las entidades de la administración pública en las que se considera en general que la única manera de mejorar es contar con más personal, mayor presupuesto o más recursos, lo que no siempre es cierto y por otra parte considerando la difícil situación económica por la que atraviesa el país es poco factible que alguna institución obtenga una asignación ilimitada de recursos, asimismo es necesario buscar alternativas de solución a los problemas que confronta diariamente el usuario particularmente el de servicios de salud para población abierta, la más necesitada de una atención de calidad

Considero que las posibilidades de implantar con éxito las estrategias de calidad en el ámbito de la administración pública son reducidas por las razones ya explicadas y por lo que se refiere a los servicios de salud a población abierta considero poco conveniente que su gestión sea encomendada a organismos no gubernamentales u otras formas de organización diferentes a las que conforman la administración pública, no obstante es preciso tomar medidas que permitan elevar la eficiencia en la prestación de los servicios, reducir el desperdicio de recursos así como las fallas en la asignación de los mismos y mejorar la imagen institucional y que la aplicación de dichas medidas no debe quedar sujeta a los vaivenes sexenales, ni debe ser algo transitorio o depender de que "al más alto nivel" se le considere prioritario, en tanto que en el nivel operativo se piense que es una moda o capricho de quienes tienen la prerrogativa de tomar las decisiones que influyen en las expectativas que la mayoría tiene de mejorar sus condiciones de vida.

Algunas medidas que cumplen con tales requisitos son las siguientes:

- **Instrumentar un sistema de certificación** profesional para el personal médico, de enfermería, de trabajo social y de laboratorio. Dicho sistema podría instrumentarse en forma similar a la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) con la diferencia de que estaría destinado a evitar las fallas no a corregirlas, su observancia **no sería voluntaria** como en el caso de las estrategias de mejora continua de la calidad **sino obligatoria** y tendría por objeto contribuir a mejorar el servicio en forma sistemática y permanente.
- **Capacitación:** como complemento al sistema de certificación la instrumentación de un sistema de capacitación permitiría al personal de las áreas técnicas y administrativas estar en condiciones de cumplir con los requisitos necesarios para obtener la certificación ésta capacitación

deberá ser ágil y dinámica orientada a responder a los requerimientos de especialización y actualización profesional del personal mencionado es decir que la capacitación no tendría por objeto acumular puntos con fines escalafonarios sino garantizar que se cumplen los requisitos para proporcionar un servicio de calidad y que por lo tanto se puede obtener la certificación correspondiente. Es necesario que el personal aprenda a aprender, que se involucre en una dinámica que le permita mantener actualizados sus conocimientos porque hoy por hoy ya no es suficiente estudiar una carrera para ejercer una profesión toda la vida, es necesario estudiar toda una vida para ejercer una profesión.

- Aunado a lo anterior es necesario impulsar al personal de base para que vaya terminando los ciclos escolares que haya cursado incompletos: primaria y secundaria entre otros.
- Asimismo es necesario redefinir la participación sindical en la vida de las organizaciones en general y de la Secretaría de Salud en particular

El sindicato debe experimentar nuevos procesos de movilización y de cohesión grupal, porque de acuerdo con las nuevas tendencias a nivel mundial la mejor arma de negociación de los sindicatos no es un elevado número de afiliados, sino las cantidades de dinero que manejen porque los sindicatos en muchas partes ya son disfuncionales, toda la estructura burocrática que crearon para controlar mejor a los trabajadores, se ha vuelto una carga pesada y difícil de manejar.

Tal como están estructurados actualmente pareciera que pretenden duplicar la estructura formal de la organización y sólo consiguen que los trabajadores pierdan su capacidad de acción y el sentido autocrítico sin el cual consideran que los sindicatos deben hacer cuanto sea necesario para que no los sancionen cuando no cumplen adecuadamente las funciones para las que

fueron contratados, o si son negligentes o irresponsables. Esto es especialmente grave en el campo de la salud donde un descuido puede costarle la vida a un paciente y sin embargo el causante sólo recibe una sanción menor porque el sindicato lo protege, porque se considera erróneamente que para eso está el sindicato.

Algo debe hacerse para cambiar tal estado de cosas, cuando los trabajadores entiendan que la única forma de conservar su fuente de empleo y todo lo que ella representa es hacer bien su trabajo, no será necesario desarrollar infructuosas estrategias de mejora continua de la calidad, porque ésta de hecho será muy buena, el inconveniente es que un trabajador de excelencia quiere ganar un sueldo proporcional al esfuerzo que hace por realizar bien su trabajo, cuidando los recursos y la imagen de su institución con puntualidad limpieza y responsabilidad, atendiendo amablemente a quienes le solicitan el servicio que son a fin de cuentas, la razón de ser de las instituciones que conforman la administración pública.

BIBLIOGRAFIA

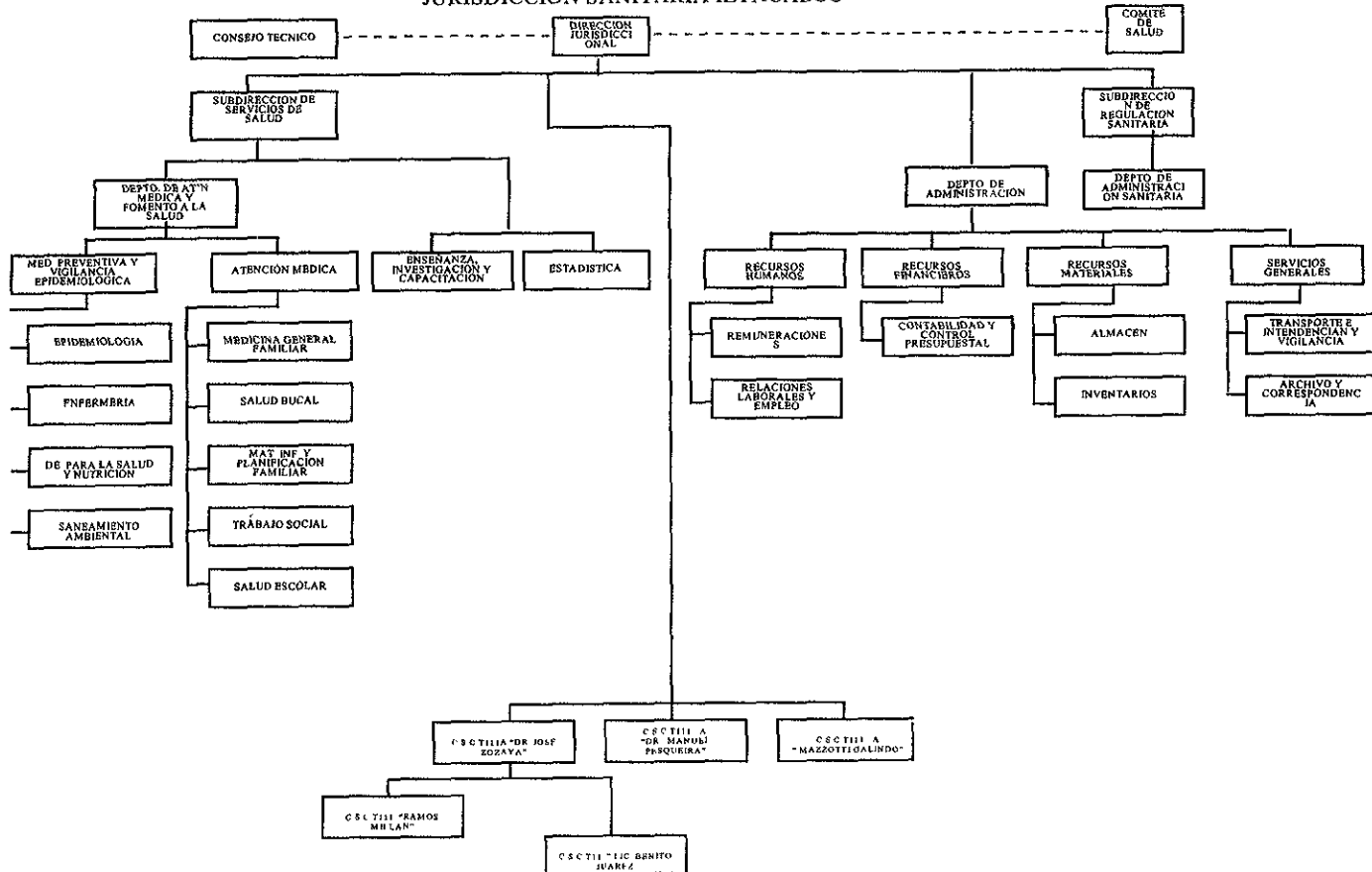
1. **Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud**. Diario Oficial de la Federación, 27 de enero de 1995.
2. **"Anuario Estadístico 1996"**. Dirección General de Estadística e Informática". S.S.A. , p. 4.
3. Ayala Espino, José Luis. **"Límites del mercado, límites del Estado"**, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 1992, citado por Ricardo Uvalle, op cit, p 181.
4. Carlzon, Jan. **"El momento de la verdad"**, Madrid, Diaz de Santos, S.A., 1991.
5. Carmona Herrera, José Lino. **La Administración Pública para el Cambio Social**, Tesis para obtener el título de licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública, F.C.P.y S., 1979.
6. Castañeda Martínez, Luis. **"52 Cibergramas de la Calidad"**, 2ª edición, 1997, Enfoque Litográfico, S.A., de C.V., México, D.F.
7. Cohen, Sandro. **"Redacción sin dolor"**, México, Editorial Planeta, 1998.
8. **"Diario Oficial de la Federación"**, 30 de diciembre de 1987.
9. Cordova Villegas, Alejandro, Et al. Revista **"Gestión y Estrategia"**, Departamento de Administración, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, N° 14, julio- diciembre, 1998, pp. 82- 93.
10. Chomsky, Noam, Dieterich, Heinz. **"La Sociedad Global"**, Editorial Joaquín Mortiz, Serie Contrapuntos, México, 1995, 9.7.
11. Donabedian, Avedis. **"Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica"**. Serie Perspectivas de la Salud Pública. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
12. Galindo Camacho, Miguel. **"Derecho Administrativo"**, México. Editorial Porrúa, 1996.
13. Lara, Alejandro, Et al. **"Gasto Federal en Salud para Población no Asegurada"**, Revista Salud Pública de México. Organó oficial del Instituto

- Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Mor. Vol. 39, N° 2, marzo-abril, 1997.
14. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. "**Legislación de la Administración Pública Federal**", Ediciones Delma, México, 1998.
 15. "**Ley General de Salud**". Publicada en el Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, actualizada el 7 de mayo de 1997.
 16. Ramírez Sánchez, Teresita de J. Et.al. "**Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios**", Revista Salud Pública de México, órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. vol. 40, n° 1, enero-febrero, 1998.
 17. "**Registros Estadísticos**" Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, 1996.
 18. "**Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**". Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986.
 19. Ruelas Barajas, Enrique Et al. "**Círculos de calidad como estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica**", Revista Salud Pública de México, órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor. Vol 32, N° 2, p. 207, marzo- abril, 1990.
 20. Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. "**Manual de Organización**", Secretaría de Salud, México, D.F. 1993.
 21. Uvalle Berrones, Ricardo. "**Los Nuevos Derroteros de la Vida Estatal**", Toluca, México, Instituto de Administración Pública del Estado de México.
 22. Villarreal, René. "**La Contrarrevolución Monetarista**", México, F.C.E., Serie Economía, 1998.
 23. Weber, Max. "**Economía y Sociedad**", México, F.C.E. 1944.

ANEXO N° 1 ORGANIGRAMA DE LA JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO

S.S.A.
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL
JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO

ESTRUCTURA ORGANICA
PROYECTO NOVIEMBRE 1989



ANEXO N° 2

ESQUEMA COMPARATIVO DE LAS TEORÍAS DE LA ADMINISTRACIÓN

ASPECTOS PRINCIPALES	ENFOQUES PRESCRITIVOS Y NORMATIVOS			ENFOQUES EXPLICATIVOS Y DESCRIPTIVOS				
	TEORÍA CLÁSICA	TEORÍA DE LAS RELACIONES HUMANAS	TEORÍA NEOCLÁSICA	TEORÍA DE LA BUROCRACIA	TEORÍA ESTRUCTURALISTA	TEORÍA COMPORTAMENTAL	TEORÍA DE SIEMPRE Y SIEMPRE	TEORÍA DE LA CONTINGENCIA
Énfasis	En las tareas y en la estructura organizacional.	En las personas.	En el eclecticismo: tareas, personas y estructura.	En la estructura organizacional.	En la estructura y en el ambiente.	En las personas y en el ambiente.	En el ambiente.	En el ambiente y en la tecnología sin despreciar las tareas, las personas y la estructura.
Enfoque de la organización	Organización formal.	Organización informal.	Organización formal e informal.	Organización formal.	Organización formal e informal.	Organización formal e informal.	Organización como sistema.	Variable dependiendo del ambiente y la tecnología.
Concepto de organización	Estructura formal como conjunto de cargos, tareas y responsabilidades.	Sistema social como conjunto de papeles.	Sistema social con objetivos a alcanzar.	Sistema social como conjunto de funciones oficializadas.	Sistema social intencionalmente construido y reconstruido.	Sistema social cooperativo y racional.	Sistema abierto.	Sistema abierto y sistema cerrado.
Principales representantes	Taylor, Fayol, Gilbreth, Gantt, Gulick, Urwick, Mooney, Emerson.	Mayo, Follett, Roethlisberger, Duhon, Cartwright, French, Zalesnick, Tannenbaum y Lewin.	Drucker, Koontz, Jucius, Newman, Orlome, Humble, Gelmer, Scheib y Dale.	Weber, Meron, Salznick, Gouldner y Michels.	Ezriom, Thompson, Blau y Scott.	Simon, McGregor, Barnard, Argyris, Likert, Cyert, Hems, Schein, Lawrence, Sayles, Lorsch, Beckhard y March.	Katz, Kahn, Johnson, Kast, Rosenzweig, Rice, Chutehman Burns, Trist y Hicks.	J.D. Thompson, Lawrence, Lorsch y Perrow.
Características básicas de la administración	Ingeniería humana, Ingeniería de producción.	Ciencia social aplicada.	Técnica social básica y administración por objetivos.	Sociología de la burocracia.	Sociedad de organizaciones y enfoque múltiple.	Ciencia comportamental aplicada.	Enfoque sistémico, administración de sistemas.	Enfoque contingencial, administración contingencial.
Conceptión del hombre.	"Homo Economicus"	"Homo Social"	Hombre organizacional y administrativo.	Hombre organizacional.	Hombre organizacional.	Hombre administrativo.	Hombre funcional.	Hombre complejo.
Comportamiento organizacional del individuo.	Ser aislado que reacciona como individuo (atomismo tayloriano).	Ser social que reacciona como miembro de grupo social.	Ser racional y social orientado hacia el alcance de objetivos individuales y organizacionales.	Ser aislado que reacciona como ocupante de cargo y posición.	Ser social que vive dentro de organizaciones.	Ser racional que toma las decisiones en cuanto a participación en las organizaciones.	Desempeño de papeles.	Desempeño de papeles.
Sistema de incentivos.	Incentivos materiales y salariales.	Incentivos sociales y simbólicos.	Incentivos mixtos, tanto materiales como sociales.	Incentivos materiales y salariales.	Incentivos mixtos, tanto materiales como sociales.	Incentivos mixtos.	Incentivos mixtos.	Incentivos mixtos.
Relación entre objetivos organizacionales y objetivos individuales.	Identidad de intereses. No hay conflicto perceptible.	Identidad de intereses. Todo conflicto es indeseable y debe ser evitado.	Integración entre objetivos organizacionales y objetivos individuales.	No hay conflicto perceptible. Prevalencia de los objetivos de la organización.	Conflictos inevitables y aun deseables que conducen a la innovación.	Conflictos posibles y negociables. Relación y equilibrio entre eficacia y eficiencia.	Conflictos de papeles.	Conflictos de papeles.
Resultados deseados.	Máxima eficiencia.	Satisfacción del operario.	Eficiencia y eficacia.	Máxima eficiencia.	Máxima eficiencia.	Eficiencia satisfactoria.	Máxima eficiencia.	Eficiente y eficaz.

D.O.S.S.P.D.F.

PROGRAMA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

ANEXO N° 3: SONDEO DE OPINION

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"
INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS
FIN DEL PROCESO: AL APLICAR LAS MEDIDAS DE MEJORA
PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA
CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

Sr. Usuario:

El personal de intendencia de éste centro de salud participa como "Brigada Activa" en el Programa de Mejora Continua de la Calidad. Queremos proporcionarte el mejor servicio posible, conocer su opinión nos permitirá atenderle mejor y lograr mejores resultados, ¿me permite hacerle tres preguntas muy importantes?

Si la respuesta es afirmativa pasar a la pregunta n° 1, si es negativa, pasar a la pregunta N° 3.

1. Por favor dígame ¿a que hora llegó al centro de salud? (anotar la hora) _____
2. ¿Estaría de acuerdo en que el centro iniciara sus actividades a las 7:30 horas? (anotar sí o no) _____
3. ¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar el servicio? En caso afirmativo pedirte que escriba su sugerencia en el reverso de este formato.

Muchas gracias

"BRIGADA ACTIVA"

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

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
 PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
 EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"
 INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS
 FIN DEL PROCESO: AL APLICAR LAS MEDIDAS DE MEJORA
 PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA
 CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CANTRO DE SALUD

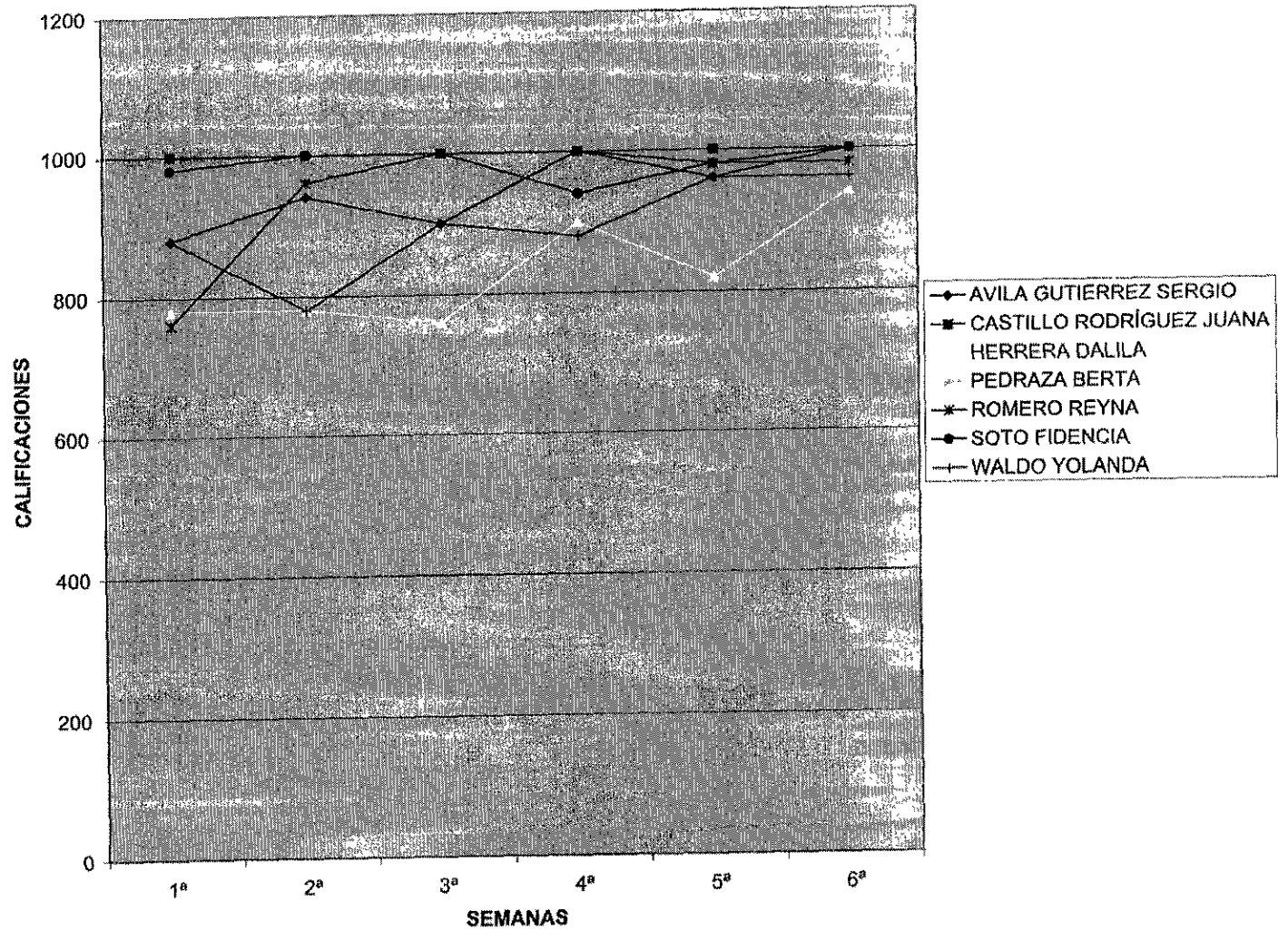
ANEXO N° 4: SUPERVISION SEMANAL DEL PROCESO DE LIMPIEZA

NOMBRE: _____ AREA: _____
 SEMANA DEL _____ AL _____ DE _____ DE 199 _____

ACTIVIDADES "C"	ACTIVIDADES "B"	ACTIVIDADES "A"	LUN	MAR	MIER	JUEV	VIER
Se realizan únicamente durante el periodo de vacaciones de los médicos. Es la limpieza profunda.	Se realizan en un área diferente a la asignada como una forma de apoyar al equipo cuando uno de sus miembros está de vacaciones, permiso o licencia.	Se realizan diariamente en las diversas áreas del centro, las cuales se dividen en: <ul style="list-style-type: none"> ■ áreas de atención a pacientes (consultorios y laboratorios) ■ áreas administrativas (oficinas y cubículos) ■ áreas de uso común (sanitarios, salas de espera, escaleras pasillos, jardines y estacionamiento) 	COMP	COMP	COMP	COMP	COMP
			INCOMP	INCOMP	INCOMP	INCOMP	INCOMP
B= BIEN R= REGULAR M= MEJORAR	OBSERVACIONES						

NOTA:

Cada miembro del equipo llena un formato al día desglosando todas las actividades que realiza y el supervisor asigna la calificación que corresponda. En el formato de trabajo se desglosan las actividades que integran el proceso.
 Posteriormente las calificaciones se convierten a una escala numérica para poder graficarlas.



ANEXO N° 6: CARTA DE PROCESO (1)

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
 PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
 EQUIPO "BRIGADA ACTIVA"
 INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS
 FIN DEL PROCESO: AL APLICAR LAS MEDIDAS DE MEJORA
 PROPIETARIO PERSONAL DE INTENDENCIA
 CUENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

FACTORES A CONTROLAR	DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> * Buzón de quejas y sugerencias accesible a los usuarios * Formatos para quejas y sugerencias disponibles * Bolígrafo o lápiz disponible * verificar que las actividades se realicen conforme a lo establecido * Realizar una campaña de orientación a usuarios * Que la distribución de fichas se inicie hasta las 7:30 a.m. 	<pre> graph TD A([Inicialización del buzón de quejas y sugerencias]) --> B[Quejas por deficiente limpieza en las instalaciones] B --> C[Detección de fallos entre usuarios y personal de Intendencia] C --> D[El personal de Intendencia propone que se permita a los usuarios el acceso al centro de salud hasta las 7:30 a.m.] D --> E((1)) </pre>	<ul style="list-style-type: none"> * Administrador del centro de salud * Director del centro de salud * Administrador del centro de salud * Personal de Intendencia * Personal de Trabajo Social * Administrador del centro de salud * Personal de recepción * Cajero 	<ul style="list-style-type: none"> * Conocer la opinión de los clientes internos y externos sobre los servicios del centro en general y de limpieza en particular * Integración de un equipo con personal de Intendencia que aplique la estrategia de Mejora Continua de la Calidad * Asegurar que los usuarios conozcan el procedimiento para acceder a los servicios del centro de salud * Que el personal de Intendencia disponga de tiempo suficiente para realizar la limpieza de las áreas de uso común antes del ingreso de los usuarios a las instalaciones del centro de salud

F-3
 HOJA 1

ANEXO N° 6: CARTA DE PROCESO (2)

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
 PROCESO LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
 EQUIPO "BRIGADA ACTIVA"
 INICIO DEL PROCESO RECEPCION DE QUEJAS
 FIN DEL PROCESO AL APLICAR LAS MEDIDAS DE MEJORA
 PROPIETARIO PERSONAL DE INTENDENCIA
 CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

FACTORES A CONTROLAR	DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Analizar las ventajas de la propuesta y sus posibles inconvenientes</p> <p>Asegurarse de que el personal de intendencia entiende las razones por las que su propuesta no es aceptada</p> <p>Que las áreas se distribuyan en forma equitativa entre todos los miembros del equipo</p>	<pre> graph TD Start((1)) --> Decision{¿Se aprueba la propuesta?} Decision -- No --> Informar[Informar al personal involucrado y a los usuarios, dar seguimiento] Decision -- Si --> Informar Informar --> InformarInt[Informar al personal de intendencia - Buscar otras opciones] InformarInt --> Redistribuir[Redistribuir las áreas de trabajo entre los miembros del equipo] Redistribuir --> End((2)) </pre>	<ul style="list-style-type: none"> * Director Jurisdiccional * Director del centro de salud * Administrador del centro de salud * Director del centro de salud * Administrador del centro de salud * Administrador del centro de salud * Personal de intendencia 	<ul style="list-style-type: none"> * Reducir las oportunidades de que se presenten fricciones entre el personal de intendencia y los usuarios * Mejorar las relaciones entre el personal de intendencia y el resto del personal * Contribuir a mejorar la imagen institucional * Iniciar la aplicación de soluciones alternativas * Que al cambiar de área de trabajo cada miembro del equipo rompa la rutina y adopte una mejor actitud

ANEXO N° 6 CARTA DE PROCESO (3)

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO

PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD

EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"

INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS

FIN DEL PROCESO: AL APLICAR LAS MEDIDAS DE MEJORA

PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA

CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

FACTORES A CONTROLAR	DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>* Incluir todas las actividades que realiza cada miembro del equipo</p> <p>* Que se de la mayor prioridad a las áreas destinadas a la atención de los pacientes (módulos, consultorios y salas de espera)</p> <p>* Que cada miembro del equipo avise por menos un día antes que va a faltar y que todos sepan cuando tomará vacaciones cada quien</p> <p>* Que las autoridades conozcan y apoyen las propuestas del equipo para mejorar el proceso</p>	<pre> graph TD 2((2)) --> A[Hacer una relación detallada de las actividades que integran el proceso] A --> B[Clasificar las actividades de acuerdo a las necesidades del cliente] B --> C[Establecer un rol de suplencias para que todas las áreas queden cubiertas en caso de ausencia] C --> D[Elaboración del proyecto de mejora del proceso] D --> 3((3)) </pre>	<p>* Administrador del centro de salud</p> <p>* Personal encargado de la supervisión</p> <p>* Personal de intendencia</p> <p>* Administrador del centro de salud</p> <p>* Personal encargado de la supervisión</p> <p>* Personal encargado de intendencia</p> <p>* Administrador del centro de salud</p> <p>* Personal encargado de la supervisión</p> <p>* Personal de intendencia</p> <p>* Equipo "Brigada Activa"</p>	<p>Asegurarse de que todas las áreas del centro se limpien, que la distribución de actividades sea equitativa entre todos los miembros del equipo</p> <p>Sistematizar el desarrollo de las actividades, asegurarse de que las áreas de atención al cliente están en condiciones adecuadas para el servicio oportunamente</p> <p>Garantizar que cuando un miembro del equipo no se presente a sus labores las actividades - que le corresponden se realizarán oportuna y eficientemente</p> <p>Que las autoridades del centro de salud conozcan y apoyen las medidas que propone el equipo para la mejora del proceso</p>

ANEXO N° 6: CARTA DE PROCESO(4)

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO

PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD

EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"

INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS

FIN DEL PROCESO: AL APLICAR LAS MEDIDAS DE MEJORA

PROPIETARIO, PERSONAL DE INTENDENCIA

CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD.

FACTORES A CONTROLAR	DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Asegurarse de que el personal directivo reciba el proyecto de mejora</p>	<pre> graph TD Start((S)) --> Decision{¿Se aceptan las propuestas?} Decision -- No --> Start Decision -- Si --> Process[Tomar las medidas tendientes a dar cumplimiento a las propuestas del personal] </pre>	<p>Administrador del centro de salud personal de Intendencia</p>	<p>Una respuesta favorable y apoyo para iniciar la aplicación de las propuestas contenidas en el proyecto de mejora del proceso</p>
<p>Asegurarse de que tanto el personal como los usuarios estén informados de las modificaciones que se implantarán como consecuencia de haber analizado el p</p>	<pre> graph TD Process1[Tomar las medidas tendientes a dar cumplimiento a las propuestas del personal] --> Process2[Informar al personal y motivarlo a formular nuevas propuestas] </pre>	<p>Autoridades jurisdiccionales y del centro de salud</p>	<p>Que todo el personal y los usuarios conozcan y acepten la implantación de las propuestas de mejora y colaboren con sugerencias al logro de mejores resultados</p>
<p>Asegurarse de que los integrantes del equipo que analizó el proceso entienda las causas por las que sus propuestas no se consideran viables y alentarlo a continuar participando en el programa</p>	<pre> graph TD Process2[Informar al personal y motivarlo a formular nuevas propuestas] --> End((Fin del proceso)) </pre>	<p>Autoridades jurisdiccionales y del centro de salud</p>	<p>Que aún cuando no se apliquen las propuestas planteadas por el personal de Intendencia, el conocimiento que éste adquirió de la estrategia y manejo de la metodología y herramientas - del programa no se pierda</p>

ANEXO N° 7: ANALISIS DE PROBLEMAS

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO

PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD

EQUIPO "BRIGADA ACTIVA"

INICIO DEL PROCESO: RECEPCIÓN DE QUEJAS

FIN DEL PROCESO: APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE MEJORA

PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA

CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

PROBLEMA	CAUSAS	AREAS INV	SOLUCIONES PROPUESTAS	PLAZO	RESPONSABLE
Deficiente limpieza en las instalaciones y fricciones entre personal de intendencia	* Los usuarios y el personal encargado de la limpieza de las instalaciones ingresan al centro a la misma hora	* Director * Administrador * Personal de intendencia	Que la atención a usuarios se inicie 30 minutos más tarde para que el personal de intendencia tenga oportunidad de hacer el aseo en las áreas de atención a usuarios	Tres semanas	* Director del centro de salud * personal de intendencia
Deficiente limpieza en oficinas y áreas administrativas	Trato irrespetuoso del personal del centro hacia el personal de intendencia, sentimiento de éste de que su trabajo no es apreciado	* Autoridades del centro * Personal de áreas técnica y administrativa	1. Informar a todo el personal el motivo de insatisfacción del personal de intendencia 2. Iniciar una etapa de concientización de todo el personal para propiciar un mejor ambiente de trabajo en que se manifieste mayor respeto por la labor que desempeña el personal de intendencia 3. Iniciar el análisis del proceso de limpieza utilizando la metodología de Mejora Continua de la Calidad	Una semana Una semana Una semana	Autoridades del centro de salud Autoridades del centro de salud Director del centro de salud Administrador del centro de salud Personal de intendencia Asesor de M.C.C. Director del centro de salud
Deficiente limpieza en sanitarios tanto de usuarios como de personal, en laboratorio de análisis clínicos y sala de rayos X	* Insuficiente capacitación del personal de intendencia * Insuficiente e inoportuna dotación de material de limpieza	Autoridades del centro	* Hacer los trámites necesarios para que se capacite al personal de intendencia * Definir junto con el personal de intendencia que material requiere para realizar eficientemente la limpieza y tramitar su adquisición	Un mes Un mes	Administrador del centro de salud

ANEXO N° 8: ASIGNACION DE PRIORIDADES

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO

PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD

EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"

INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS

FIN DEL PROCESO: APLICACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA

PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA

CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	CALIFICACION
Deficiente limpieza en las instalaciones y fricciones entre usuarios y personal de intendencia	5	5	1	1	12
Deficiente limpieza en oficinas y áreas administrativas	5	1	5	5	16
Deficiente limpieza en sanitarios de usuarios y de personal y en laboratorio y sala de rayos X	5	5	5	5	20

ANEXO N° 9: ASIGNACION DE PRIORIDADES (DIAGRAMA DE PARETO)

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
 PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
 EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"
 INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS
 FIN DEL PROCESO: APLICACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA
 PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA
 CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

PROBLEMA DETECTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
A). Deficiente limpieza en sanitarios de usuarios y de personal y en laboratorios y sala de Rx.	20	42%	42%
B). Deficiente limpieza en oficinas y áreas administrativas	16	33%	75%
C). Deficiente limpieza en las instalaciones y fricciones entre usuarios y personal de Intendencia	12	25%	100%

ANEXO N° 10 CARTA DE CALIDAD DEL PROCESO (1)

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
 PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
 EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"
 INICIO DEL PROCESO: RECEPCIÓN DE QUEJAS
 APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE MEJORA
 PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA
 CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO

INSUMOS	REQUISITOS DE CALIDAD	PROVEEDORES
* Capacitación en higiene y seguridad	Que satisfaga los requerimientos mínimos para hacer un adecuado manejo de los desechos que genera el centro de salud	* Dirección general de Servicios de Salud Pública * Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal * Dirección Jursdiccional * Director del centro de salud
* Capacitación en relaciones humanas	Que permita una mejor interrelación de los miembros del equipo con los usuarios y con el resto del personal	* Centro de Capacitación para el desarrollo * Director Jursdiccional * Director del centro de salud
* Asesoría para el análisis del proceso	Que el asesor conozca la metodología de Mejora Continua de la Calidad	* Director Jursdiccional
* Material de limpieza	Específico para este tipo de limpieza	* Director del centro de salud * Administrador del centro de salud
* Uniformes, guantes y calzado	Adecuados para proteger la piel y la ropa del contacto con residuos, desechos y productos químicos de uso frecuente en esta actividad	* Director del centro de salud * Administrador del centro de salud

ANEXO N° 11: CARTA DE CALIDAD DEL PROCESO (2)

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
 PROCESO LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
 EQUIPO "BRIGADA ACTIVA"
 INICIO DEL PROCESO: RECEPCIÓN DE QUEJAS
 APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE MEJORA
 PROPIETARIO PERSONAL DE INTENDENCIA
 CLIENTE USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO

RESULTADOS	REQUISITOS DE CALIDAD	CLIENTES
1. Mejor limpieza de las instalaciones tanto de las destinadas a la atención de los usuarios como las áreas administrativas	Oportuna, de acuerdo a los requisitos técnicos establecidos	Usuarios y personal del centro
2. Mejores relaciones interpersonales con clientes y proveedores	Mayor satisfacción en la realización de las actividades, mejoría de la autoimagen	Usuarios y personal del centro y otros grupos relacionados con los miembros del equipo como es la familia
3. Mejor sistematización del proceso	Reducción al mínimo de las omisiones, supresión de tareas superfluas, mayor énfasis en la limpieza de áreas destinadas a la atención de los usuarios	Usuarios y personal del centro
4. Mayor certeza de que el manejo de residuos peligrosos se hará de acuerdo a las normas establecidas al respecto	Oportunidad y eficiencia en el manejo de residuos peligrosos	Usuarios y personal del centro
5. Mejor desempeño de las actividades con base en la mejor protección y seguridad del personal de intendencia	Mayor eficiencia en la realización de las actividades de limpieza	Usuarios y personal del centro
PROBLEMAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA		
1. Apoyo de las autoridades para la aplicación de las propuestas del equipo 2. Establecimiento de mecanismos para dar a conocer los avances logrados 3. Mayor compromiso por parte de las autoridades con el desarrollo del Programa		

ANEXO N° 12: SEGUIMIENTO DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO
 PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD
 EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"
 INICIO DEL PROCESO: RECEPCIÓN DE QUEJAS
 FIN DEL PROCESO: APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE MEJORA
 PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA
 CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO

PROBLEMA	SOLUCION PROPUESTA	RESPONSABLE	ACCIONES PENDIENTES	CAUSAS QUE IMPIDEN LA SOLUCION
1. Deficiente limpieza en sanitarios de usuarios y de y en laboratorios y salas de rayos X	Capacitar en higiene y seguridad al personal de intendencia	Director del centro de salud	Gestionar la impartición del curso	Falta de compromiso de las autondades hacia el programa
2. Deficiente limpieza en oficinas y áreas administrativas	Propiciar un mejor ambiente de de trabajo, con mayor respeto hacia el personal de intendencia	Autoridades del centro de salud	Informar al personal sobre las causas de insatisfacción manifestadas por el personal de intendencia	Se restó importancia al problema planteado por el personal de intendencia
3. Deficiente limpieza en las instalaciones y fricciones entre usuarios y personal de intendencia	Que la atención a los usuarios rios se inicie 30 minutos más tarde para dar oportunidad de se realice el aseo	Director del centro de salud Personal de intendencia	Dar respuesta a la propuesta presentada por el personal de intendencia	No se dio explicación por parte de las autondades

ANEXO N° 13: INDICADORES Y ESTÁNDARES DE CALIDAD

JURISDICCION SANITARIA IZTACALCO

PROCESO: LIMPIEZA EN CENTRO DE SALUD

EQUIPO: "BRIGADA ACTIVA"

INICIO DEL PROCESO: RECEPCION DE QUEJAS

FIN DEL PROCESO: AL APLICAR LAS MEDIDAS DE MEJORA

PROPIETARIO: PERSONAL DE INTENDENCIA

CLIENTE: USUARIOS Y PERSONAL DEL CENTRO

INDICADOR	FÓRMULA	SIGNIFICADO	ESTÁNDAR	FUENTE	PERIODICIDAD
Supervisión oportuna en áreas "A"	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de veces que se supervisa el aseo en áreas "A" en un período determinado} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de veces que se hace el aseo en áreas "A" en el mismo período.}}$	Indica la relación existente entre la supervisión y los resultados obtenidos	98%	Guía de supervisión	Diaria
Quejas por inoportunidad en la realización del aseo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de veces que se hace el aseo en áreas "A" en el mismo período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de veces que se reciben quejas porque el aseo se hace tarde}}$	Indica la relación entre el horario en que se inicia el servicio de limpieza y el de inicio de atención al público.	50%	Control de asistencia y hojas de citas.	Diaria
Mal aspecto de la sala de espera.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de veces que se dejan enseres de limpieza en la sala de espera al terminar de hacer el aseo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de veces que se hace el aseo en la sala de espera.}}$	Indica la falta de atención a detalles importantes en la ejecución de las actividades y omisiones en la supervisión.	95%	Guía de supervisión	Diaria
Limpieza general en áreas "A"	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de veces que las áreas "A" están sucias después de la limpieza general} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de veces que se realiza la limpieza general.}}$	Significa el % de omisiones en la supervisión.	95%	Guía de supervisión.	Diaria