



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL
PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO
“DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ”**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO
EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

JOSÉ LUIS ALFARO HERNÁNDEZ

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi alma mater en particular a la Escuela Nacional de Trabajo Social por proporcionarme el conocimiento necesario para intervenir en los procesos sociales y por ser un espacio de reflexión y análisis.

Mi reconocimiento y agradecimiento al Dr. José Marcos Bustos Aguayo, director de este trabajo, quien con su experiencia, consejos y gran capacidad intelectual, logró compartir sus amplios conocimientos, además, reconozco la paciencia para estar siempre conmigo y guiarme hacia la culminación de este proceso.

Al jurado revisor por los comentarios realizados para la corrección y mejora de la tesis lo cual contribuyó a tener una visión más amplia del trabajo desarrollado, agradezco a; Dra. Luz María Flores Herrera, Mtra. Norma Cruz Maldonado, Mtra. María Luisa Braín Calderón y al Dr. Isaías Hernández Torres.

Agradezco al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez” y al Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”, por permitirme poner en práctica los conocimientos adquiridos en mi querida Universidad, lo cual me permite realizar intervenciones con los sujetos sociales.

A ti que siempre has estado a mí lado en todos los momentos de mi vida, a ti que siempre me has impulsado a ser cada día mejor y a saber conducirme por la vida, con admiración, respeto y cariño, gracias SAN.

A mis hermanos; Nacho, Gela, Pilla y Vivis, un reconocimiento por sus enseñanzas que me han permitido tomar una postura dentro del andar de la vida, con cariño este trabajo es para ustedes, porque siempre hemos estado juntos, como nos enseñó la MARIQUITA.

A Pepe y María (Q.P.D.E) gracias por ser los mejores padres, que gracias a su forma de educarnos me ha concedido tener una postura ante la vida: compartir y ayudar a los demás siempre te hace mejor ser humano.

A mis sobrinos; Jamilet, Natalio (Kike), Marco Tulio, Cesar Augusto (pastelito), Elí (yo), Ruth y Mariana, espero que este trabajo sea fuente de inspiración para que algún día ustedes acudan a espacios de conocimientos en donde puedan comprender la vida desde otro punto de vista, a mis cuñados; Peter y Eze, gracias por ser parte de mi familia.

Agradecimiento a mis compañeras y compañeros del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, por brindarme parte de su tiempo para el desarrollo de este trabajo, además, compartir sus experiencias, las cuales fueron fundamentales para la intervención y conclusión.

A mis compañeras y compañeros (V.I.P.) del Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”, gracias por su apoyo, comentarios y conocimientos compartidos, los cuales me han ayudado a comprender y entender más la cuestión social.

A las familias; Alfaro, Hernández y Alatraste, gracias por ser parte de mi historia.

Mi agradecimiento a la Familia Genis Ferrell, por todas las muestras de cariño y apoyo, en particular Tía Anita, que gracias a su apoyo este trabajo ha llegado a su culminación, con admiración y un profundo respeto.

A mis amigos de la infancia y juventud gracias a sus enseñanzas hoy concluyo una meta más trazada en mi vida, los quiero y los admiro, siempre están en mis pensamientos, quisiera mencionar uno por uno pero no me es posible, (Álvaro, Fidel, Constantino, Julio, Ángel, Misael, Guillermo, Luis, etc., etc.)

A mi pueblo San Agustín Atlapulco, Chimalhuacán, México, por ser ese espacio geográfico que me cobijó durante muchos años y me enseñó a entender y valorar la vida.

INDICE

	Página
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA	4
1.1 Periodo primitivo	4
1.2 Periodo artesanal	4
1.3 Periodo industrial	5
1.4 Periodo moderno	6
1.5 CALIDAD EN LA INDUSTRIA	8
1.5.1 Conceptos de calidad en el área industrial	8
1.5.2 Precursores en la industrial	9
1.6 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	10
1.6.1 Conceptos de calidad en el área de la salud	12
1.6.2 Precursores en el área de la salud	14
1.6.3 La calidad en los servicios de salud de México	15
1.6.4 Calidad en los servicios de salud del Distrito Federal	21
2 APORTACIONES PARA UN TRABAJO DE CALIDAD	24
2.1 Funciones de la cultura	25
2.2 Método de Lewin	28
2.3 Método de Edgar Shein	29
2.4 Cultura organizacional	30
2.5 Modelo de energía del cambio cultural	31
2.6 Modelo de cultura de servicio	32
2.7 Características de una organización de clase mundial	34
2.8 Los ocho pecados del servicio	35
2.9 Misión de un círculo de calidad	36
2.10 Proceso de un círculo de calidad	37
2.11 Características de los círculos de calidad	37
2.12 Organización de los círculos de calidad	38
2.13 Técnicas fundamentales para solución de problemas	39
2.13.1 Improvisación de ideas en grupo	40
2.13.2 Diagrama de flujo	40
2.13.3 Diagrama de Pareto	40
2.13.4 Diagrama de causa efecto	40
2.13.5 Histogramas	41
2.13.6 Hojas de verificación	42
2.13.7 Análisis de costo-beneficio	42
2.14 Qué es la garantía de calidad	42
2.15 Manual de garantía de la calidad	44

2.16 Gestión de la calidad	45
2.17 Evaluación de la calidad	47
2.18 Calidad total	47
2.19 Principios de la calidad total	47
2.20 Calidad total y satisfacción del cliente	50
2.21 El cliente y el proveedor interno	50
2.22 La mejora continua	51
3 LOS GRUPOS, COMO GENERADORES DE CONOCIMIENTO EN CALIDAD	
3.1 Trabajo con grupos	52
3.2 Tipología y clasificación de grupos	53
3.3 Trabajo social con grupos y calidad	56
4 LA INTERACCIÓN SOCIAL, COMO PROCESO DE APRENDIZAJE Y SU SIGNIFICADO	
4.1 Teoría del aprendizaje social	58
4.2 Función normativa	59
4.3 Función motivacional	59
4.4 Función reforzante	59
4.5 Aprendizaje por medio de modelos	60
4.6 La técnica de redes semánticas como instrumento para el trabajo con grupos	60
4.6.1 Las redes semánticas como técnica de investigación	62
4.6.2 Técnicas de las redes semánticas	64
5 GRUPO DE ESTUDIO	
6 PROCESO METODOLÓGICO	
Pregunta de investigación	71
Objetivos	71
Estrategia metodológica	71
Etapa I. Estudio exploratorio	71
Instrumento (usuarios)	72
Resultados	75
Instrumento (trabajadoras(es) sociales)	86
Resultados	88
Conclusión del estudio exploratorio	96
Etapa II. Estudio de intervención	98
Escenario	98
Participantes	98
Criterios de inclusión al taller	98
Criterios de exclusión al taller	99
Grupo de estudio	99
Procedimientos	99
7 RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	
Características de los participantes	100

Descripción del conocimiento	103
Redes semánticas, resultados de la intervención	119
Evaluación del taller	147
Comentarios del personal de trabajo social	148
8 DISCUSIÓN GENERAL	151
9 CONCLUSIONES	155
10 PROPUESTAS	157
APÉNDICES	161
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	174

RESUMEN

La calidad en los servicios de salud es un tema que en los últimos años ha despertado gran interés no sólo a las instituciones que brindan atención a los pacientes y sus familias, sino también a quienes reciben el servicio. En la medida que las personas evalúan la atención que reciben de parte de las instituciones, califica si el trato recibido es el adecuado o si las instalaciones cumplen con sus necesidades.

Es un campo tan amplio que constantemente se debe monitorizar la satisfacción de los pacientes y sus familias, buscando estar a altura de sus necesidades, por ello, el presente trabajo busca describir la calidad de la atención, así como el aprendizaje generado en el taller “**Calidad elemento fundamental en la satisfacción del usuario**” impartido a un grupo de trabajadoras(es) sociales y que a partir de este proceso de aprendizaje se generen propuestas desde la óptica de los usuarios y los prestadores de los servicios.

Se diseñaron dos cuestionarios, el primero tenía el objetivo de conocer la percepción de la atención brindada por las y los trabajadoras(es) sociales a los familiares de los pacientes; la idea que el personal del Departamento de trabajo social tenían ellos de **Calidad y Calidad en los Servicios de Salud**, ambos cuestionarios fueron piloteados previamente.

El instrumento dirigido a los usuarios estuvo integrado por **7** preguntas, **6** eran de opción múltiple y uno abierto, mientras que el cuestionario dirigido a las y los trabajadoras(es) sociales fue de **10** preguntas **5** abiertas y **5** cerradas.

Así, se encuestó a 101 usuarios; y se solicitó el apoyo a **7** personas del hospital motivo de estudio y **6** de Hospital Juárez del Centro, este último se consideró por ser un hospital que atiende a población abierta, adulta y se ubica en el Distrito Federal, la información obtenida se ordenó y sistematizó en programa electrónico Excel, esto contribuyó a poseer un panorama de la situación en relación a la calidad y fue factor fundamental para la planeación del taller.

El taller se diseñó para tres días, en el primero se abordaron antecedentes históricos de la calidad, en el segundo se mostraron los aportes realizados al área de la salud y en el tercero se presentaron herramientas para trabajar dentro de los ámbitos de la calidad, en particular las propuestas realizadas por Ishikawa, además, con la finalidad de conocer la asociación que realizan las y los trabajadoras(res) sociales las para las palabras estímulos “**Calidad**” y “**Calidad en los Servicios de Salud**”, se utilizó la técnica de redes semánticas.

Derivado de la aplicación de la técnica de redes semánticas se obtuvo lo siguiente: “**Calidad**”, se concibe, como el respeto que se tiene hacia las personas, la responsabilidad, el trato y el humanismo son características principales de la Calidad en cualquier contexto, cumpliendo con estos elementos se estaría calificando que un servicio, un producto, un momento, la vida misma son de

calidad, si los participantes tienen claro estos puntos, podrán aprobar o desaprobar una situación.

En cuanto al significado de **“Calidad en los Servicios de Salud”**, se asocia con la atención que se brinda a los usuarios y el respeto que se tiene hacia ellos, resalta el factor humano y el trato que se otorga como elementos fundamentales en la satisfacción, de esta descripción se desprende, los participantes tienen presente los componentes que inciden directamente en el cumplimiento de las expectativas de la gente y en caso de no cumplirse con lo señalado, se tiene el riesgo de no garantizar la atención que se otorga.

En lo que respecta a los conocimientos relacionados con la **“calidad”** y **“calidad en los servicios de salud”**, se observó que los trabajadoras(es) sociales lograron comprender y aplicar las estrategias, en particular el esquema de causa efecto de Ishikawa.

En conclusión, el taller fue un espacio de interacción y análisis que mostró las problemáticas relacionadas con la calidad en el departamento de trabajo social, así como los espacios de oportunidad, quedando que las mejores propuestas y resultados invariablemente debe contener la necesidades de las personas hacia quien se dirige la atención.

Palabras Clave: calidad, atención, trabajo social.

ABSTRACT

Quality in health care is an issue that in recent years has aroused great interest not only to the institutions that provide care to patients and their families, but also those who served. To the extent that people evaluate the care they receive from institutions qualify if their treatment is adequate or if the facilities meet your needs.

It is a broad field that should be monitored constantly satisfaction of patients and their families, seeking to be at the height of their needs, therefore, this paper seeks to describe the quality of care and learning generated in the workshop " Quality key element in customer satisfaction "given to a working group (is) and social from this learning process generated proposals from the perspective of users and providers of services.

Two questionnaires were designed , the first aimed to determine the perception of the care provided by workers and (is) social relatives of patients , the idea that the staff of the Social Work Department had them and Quality Quality in Health Services , both questionnaires were piloted before.

The users targeted instrument consisted of 7 questions , 6 were multiple-choice and one open, while the questionnaire addressed to the workers and (is) social was 10 Questions 5 open and 5 closed .

So, 101 users were surveyed, and were sought to 7 people in the hospital under study and 6 of Juarez Hospital Center, the latter was considered to be a hospital serving the population at large, adult and is located in the District Federal, the information obtained is ordered and systematized in electronic program Excel, this contributed to possess an overview of the situation in relation to quality and was a major factor in planning the workshop.

The workshop was designed for three days, in the first historical addressed quality in the second were the contributions made to the health area and the third presented tools for working in the areas of quality, particular the proposals made by Ishikawa, as well, in order to know the association and performing the workers (res) of social stimuli for words " Quality" and "Quality Health Services ", we used network technology semantics.

Due to the application of the technique of semantic networks was obtained as follows: " Quality" is conceived as the respect he has for the people, responsibility, treatment and humanism are features of the Quality in any context, complying with these elements would be calling a service, a product, a time, life itself are quality, if participants are clear about these points, may approve or disapprove a situation.

As for the meaning of "Quality Health Services ", is associated with the care provided to users and the respect he has for them, highlights the human factor and the treatment is given as key elements in meeting, in this description is clear, participants are present components that directly affect the fulfillment of the

expectations of the people and in case of non compliance with the above, there is the risk of failing to ensure the care given.

With respect to the knowledge related to the "quality" and "quality health care", it was observed that workers (is) able to understand and apply social strategies, including causal diagram of Ishikawa.

In conclusion, the workshop was a space for interaction and analysis that showed the quality-related issues in the social work department, as well as areas of opportunity, being that the best proposals and invariably results must contain the needs of people to who draws attention.

Key words: quality, health, social work.

INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre existe en la tierra, ha buscado satisfacer sus necesidades, optimizar los recursos disponibles para aprovechar al máximo lo que posee, realizar una caza efectiva implicó perfeccionar las herramientas y cambiar de residencia para estar en ambientes más agradables, más habitables y favorables.

En el Código de Hammurabi, se establecía las penas a las que se sometía al personal médico que derivado de malas prácticas dañaban más la salud de los pacientes.

Históricamente los trabajos relacionados con la calidad han quedado plasmados en los periodos primitivo, artesanal, industrial y moderno, cada una de estas etapas fueron marcadas por aportaciones que han beneficiado a los individuos.

En la actualidad la mayoría de las instituciones públicas y privadas, están buscando estrategias que les permitan ser más competitivas, desarrollar sus actividades bajo estándares que les permita garantizar el producto o servicio que ofrecen con la finalidad de tener un sector de la población que los prefiera.

Por ello, los contenidos de este trabajo fueron elegidos de forma que hubiera concordancia con el objetivo general del trabajo, quedando la estructura de la siguiente forma:

El primer capítulo se estructuró de manera que introdujera al tema de la calidad, se podrá apreciar que la calidad no es un tema reciente, desde su aparición, el hombre siempre ha ido en busca de mejorar las condiciones en las que vive, es ir más allá de lo que posee o tiene, se presentan trabajos en el área industrial y sus precursores, así como aportaciones de cada uno de ellos.

Se muestra como fue dándose el proceso de adaptación de lo industrial al área de la salud, se presentan los trabajos realizados en el ámbito hospitalario, apreciándose la secuencia de cada una de las aportaciones tanto internacional como nacionalmente.

En el segundo capítulo, describen algunas herramientas para llevar a cabo un trabajo de calidad, cada una de estas se analizan para que los lectores puedan conocerlas y aplicarlas en su espacio donde se desempeñan, considerando siempre, un diagnóstico y una evaluación constante que contribuyan a garantizar su eficiencia y eficacia.

El tercer capítulo, aborda la intervención de trabajo social con grupos, se presentan conceptos y tipologías, con la ejecución de un taller era insoslayable abordar esta temática, además, favoreció para tener un mejor panorama de las actividades planeadas.

El cuarto capítulo, hace referencia a la teoría del aprendizaje social, se observará como el individuo va generando conocimiento por medio de experiencias propias o compartidas, propiciando tener una determinada postura ante situaciones de su cotidianidad.

El quinto capítulo, se explica la técnica de redes semánticas, resaltando la utilidad de conocer el significado que asignan los individuos a palabras estímulos y la importancia que tiene para ellos.

En el sexto capítulo, se presenta el proceso metodológico desarrollado en la intervención, taller **“Calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, mostrándose el trabajo de una investigación descriptiva, en la que se detallan los conocimientos adquiridos y los significados asignados a palabras estímulos.

Los usuarios señalaron que existe una falta de atención, ante este hallazgo, se planeó el taller **“Calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, se realizó en tres sesiones de tres horas cada una, en la primera se abordaron aspectos históricos en el área industrial, en el segundo día se retomaron temas relacionados con el área de la salud y los primeros trabajos en México, en el tercer día se abordó la mejora continua y se presentó la aplicación del esquema “Espina de Pescado de Ishikawa” y cómo a través de éste se pueden realizar propuestas de intervención que permitan ir hacia una nueva cultura basada en la retroalimentación.

El taller, fue planeado de manera estratégica, de tal forma que los trabajadoras(es) sociales evidenciaran situaciones que acontecen en sus áreas asignadas y que representan un obstáculo para otorgar una atención que cumpla con las necesidades de los usuarios, conociendo el problema, se realizó una planeación de intervención basada en la mejora continua, siendo su característica principal, que los cambios se realizan con los recursos que se tiene, se resalta la característica fundamental; no se requieren recursos económicos para emprender un cambio, este cambio es una buena opción cuando se desea trabajar con calidad.

El capítulo séptimo, se describen los resultados obtenidos derivados de la aplicación de instrumentos y que permiten conocer la asociación que realizan las y los trabajadoras(es) a las palabras estímulos **“Calidad”** y **“Calidad en los Servicios de Salud”**.

En el octavo capítulo, se presentan las conclusiones de la investigación a partir de los resultados obtenidos durante la intervención, además, se resalta la importancia de trabajar dentro del ámbito de la mejora continua en toda la organización, buscando garantizar la atención que se brinda a los usuarios.

En el noveno capítulo, se exponen las propuestas obtenidas en el desarrollo del taller, destacándose las formulaciones vertidas por el grupo, haciendo uso de la técnica de la mejora continua.

El desarrollo del presente trabajo de investigación, tiene un solo fin conocer las necesidades de los actores que intervienen en el proceso de atención, derivado del diagnóstico realizado, se encontró que el personal de Trabajo Social del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” no posee herramientas para brindar una atención que vaya más allá de las expectativas de los usuarios.

CAPÍTULO 1

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Autores como Cantú (1999), Lloréns (2000), Álvarez (2003) entre otros, hacen referencia al concepto de calidad desde el periodo artesanal, derivado de la investigación documental realizada, se observó que el término no es característico de alguna época en especial, sino que a lo largo de la historia el individuo, siempre ha ido en busca de mejorar su situación.

Al referirnos a ella necesariamente debemos remitirnos a épocas pasadas, a hechos que constituyeron las bases para su percepción, desde que el hombre está en la tierra la satisfacción de sus necesidades ha sido su prioridad, ante esto, ha buscado que sus necesidades sean cubiertas, tanto por él mismo, como por otras personas encargadas de proveer o de otorgar servicios, a continuación se detalla el proceso histórico de la calidad.

1.1 Período primitivo

Para cubrir sus necesidades de alimentación, vestido y techo, el individuo fue creando instrumentos de cacería contribuyendo a realizarla de manera eficiente y eficaz, para cubrirse de las inclemencias del tiempo habitó en cuevas, además, elaboró instrumentos para hacer frente a otras tribus o grupos que amenazaban al clan, apreciándose que no es una situación estática, sino que las mismas necesidades lo obligaron a transformar sus hábitos y necesidades, es decir, percibió que cubierta una necesidad podía también satisfacerla de manera distinta y mejor.

En el caso de la cacería, elaboró instrumentos que ayudarían a tener una mejor caza y con menor riesgo, además, generó estrategias que facilitarían su desarrollo. Apreciándose que cubriéndose una necesidad iban surgiendo otras o podían ser las mismas pero ahora con otros elementos, sentando las bases de que la calidad es un proceso constante, con este cambio inevitable se llegó al periodo artesanal.

1.2 Período artesanal

En la medida que las ciudades fueron creciendo, la demanda fue mayor y la población se hizo más exigente con los productos que recibía en el proceso de trueque, no sólo era intercambiar, sino que el acto fue más allá, es decir, cumplir con las características de una expectativa.

Hay que resaltar que la calidad estaba presente en el momento que las personas veían el producto que iban a intercambiar y si este cumplía con lo que requería se llevaba a cabo el intercambio, una característica principal era que quien elaboraba el producto era el mismo que lo ofrecía, dándose una comunicación directa entre los individuos que habían estado involucrados en el proceso de su elaboración.

Mientras las ciudades crecían, el intercambio iba a la par de las personas que realizaban el trueque, cada día tenían que realizar más y mejores productos para cubrir a un mercado en ascenso y exigente.

En el momento que el producto se ganó la confianza del cliente, la garantía y las especificaciones formaron parte del producto, es decir, si por bastante tiempo se había realizado un intercambio con alguna persona en específico o los productos que se ofertaban procedían de alguna región en específico del mundo, significaban que estaban bien elaborados.

En este periodo el término calidad se convirtió en un elemento fundamental en las transacciones realizadas, los árabes con la intención de comercializar los productos que habían obtenido de un trueque, buscaban que este cumpliera con especificaciones para satisfacer las necesidades del cliente.

Debido al crecimiento de las ciudades y la demanda de productos el surgimiento de talleres fue inevitable, especializándose en ciertos productos, siendo elaborados con las particularidades que le habían dado éxito y permitido posicionarse en un mercado que se encontraba en ascenso, este espacio permitió que las empresas familiares crecieran, abriendo paso a los procesos industriales.

1.3 Período industrial

Con el surgimiento de la industria, se fueron implantado normas de calidad, para conservar el secreto de la familia, estos debido a las tradiciones familiares, con el crecimiento de la población y por consiguiente las ciudades, lo que antes fueron casas donde improvisadamente la familia elaboraba sus productos ahora se convierte en un taller.

Talleres que gracias a su dedicación y a la minuciosa elaboración de sus productos permitió ir ganando espacios en la preferencia del público consumidor, apareciendo las industrias con un trabajo en serie y en mayor cantidad.

Siempre conservando el secreto de su elaboración, los artículos ofrecidos cumplían con ciertas características, permitiendo ganarse un nombre dentro y su permanencia en el mercado, aquellos productos que no tenían una solidez fueron desapareciendo, algunos cambiaron de nombre debido a que fueron absorbidos por talleres que apostaron al cambio y que su objetivo primordial era cumplir con los requerimientos de sus clientes.

Una característica de esta evolución fue que los trabajadores únicamente conocían su área de trabajo y no tenía una visión amplia de toda la organización. Debido a ello, fue imposible confiar en los conocimientos de la gente, contribuyendo a la aparición del inspector, siendo este el capataz o jefe de la sección, este departamento tiene sus orígenes en los años 20.

Una figura determinante en la calidad fue el inspector, persona encargada de vigilar las actividades de los trabajadores, esto demuestra el interés de los dueños por cuidar el producto ofrecido al público consumidor.

Las industrias comenzaron a trabajar en serie, hecho que marcó una forma de laborar en las empresas, el personal comenzó a desarrollar sus actividades de manera que se hicieron especialista de una parte de la elaboración del artículo o producto, además, una particularidad de esta forma de producción fue que al final el trabajador veía el producto ya elaborado o terminado, permitiendo con ello crear un sentido de pertenencia hacia lo que realizaba.

1.4 Período moderno

Hemos señalando la evolución de la industria y la calidad como elemento primordial en la elaboración de productos, es en la Segunda Guerra Mundial cuando se incrementa la producción masiva de armamento para abastecer y por supuesto satisfacer los requerimientos de ese momento, dándose mayor importancia al área de inspección, esta se encargaba de observar que el trabajo realizado se apegara a requerimientos.

Álvarez (2003:87) señala que para los años 40 se integran los métodos estadísticos de la calidad, los cuales desde los años 20 se venían usando por la empresa telefónica Bell Telephone Laboratories y que a la fecha son la base para la estadística y su medición.

Referirnos a Calidad necesariamente tenemos que hacer mención de Japón, después de haber quedado en ruinas derivado de la Segunda Guerra Mundial resurgió de una manera importante. En mayo de 1946 los vencedores le impusieron la aplicación de controles para las telecomunicaciones, dando pie a la organización del Comité de Normas Técnicas Industriales Japonesas y en 1949 se crea la ley de Normalización Industrial instituyéndose el sistema de la marca NIJ, en la cual los productos podían llevar estas siglas siempre y cuando cumplieran con los controles establecidos.

En Japón, el control total dependió por varios años de la inspección que realizaba una persona para observar el trabajo realizado por obreros, esta permitió asegurar la venta del artículo ofertado, en ese momento creían que todo giraba en relación al control, olvidándose del diseño, parte importante de las necesidades del cliente, dos hombres fueron los que sentaron las bases para el desarrollo de trabajo de calidad.

Los personajes que contribuyeron al desarrollo de Japón fueron; Deming y Juran, el primero introdujo la estadística como base de la producción, el control de calidad y la gestión, el segundo propuso su modelo llamado "la tríada de la calidad" (ajustarse a requerimientos, satisfacción de expectativas y utilidad) estos componentes deben usarse para verificar que los resultados y la producción de la organización se ajustan a los requerimientos, expectativas y valor de los clientes.

Con la producción en serie es el momento en que se da inicio con la definición clásica de la calidad, la estadística juega un papel sustancial en el análisis de muestras, se realizan comparaciones para verificar si los productos cumplían con los patrones previamente establecidos, observando, que el análisis estadístico había influido para que se observara que los productos que no cumplieran con los estándares establecidos, se realizaran los ajustes necesarios.

En la década de los 50's los procesos de industrialización se consolida con las etapas de la planeación, los artículos fabricados comienzan a tener un enfoque hacia el cliente, satisfacer una necesidad, no sólo del trabajador y el dueño de la organización sino también de quien recibe o compra algún servicio, llegando así a la calidad total.

La calidad total inicia cuando todas las áreas de la organización se involucran en los procesos de generación del producto, los individuos están conscientes que con su trabajo aportan para la creación de un bien o servicio, actualmente se dice que la calidad es responsabilidad de todos.

En el año de 1960 se propone el término de *cero defectos*, haciéndose énfasis a los procesos para llegar a un producto de excelencia. Posteriormente surge un nuevo término que muestra la intención de controlar o medir lo que se realiza, proponiéndose la *gestión de calidad*, producir a bajo costo, a finales de esta década surge un nuevo concepto *aseguramiento de la calidad*, el cual refiere que haya un nivel de calidad y que se mantenga en todos los procesos.

En los años 70, surgen dos inquietudes, la seguridad de los productos y los daños que estos producían, tanto a personas como en propiedad, ocasionando tener que pagar indemnizaciones, la falta de estos elementos generaban un costo mayor a las compañías, así como una falta de credibilidad en los productos que ofertaban, estas pérdidas provocaron un estímulo para realizar cambios en los procesos. Es en este año cuando los trabajos se enfocaron al control del producto final, observándose que el resultado no aseguraba un producto de calidad dándose más importancia al control del proceso y a su vez iniciando con un trabajo preventivo en la producción.

En los años 80, los procesos comenzaron a consolidarse, se planteó la necesidad controlar los productos desde los orígenes, dando inicio al control de calidad, no sólo consistía en tener un producto sino que su composición y forma fueran atractivos a un mercado cada vez más exigentes, más conocedores, teniendo como referencia nuevas experiencias que permitieran decidir entre un producto y otro.

Los ejecutivos comenzaron a trabajar propiamente con calidad en los productos que elaboraban, visualizaron, quien no estuviera dentro de estos estándares iba a significar su permanencia o desaparición.

En el año de 1990 los empleados hacen suya la responsabilidad de trabajar en pro de la calidad y en la cual todos son responsables de ésta, se da un giro dejándose notar la importancia que tienen las relaciones humanas en una organización, trabajándose más en la filosofía de la calidad total y los círculos de calidad.

En la actualidad la mayoría de las empresas ingresan a la cultura de la calidad, dejando de ser más que una moda, si se quiere ser competitivo en un mercado cada día más globalizado, las empresas que trabajan dentro de este ámbito, han encontrado que deben satisfacer las necesidades del cliente interno o externo, para tener una organización dentro de los ámbitos de la calidad total.

1.5 CALIDAD EN LA INDUSTRIA

Es en el área industrial donde se plasman las ideas y actividades de personas que fueron visionarias en relación a cumplir con la necesidad de sus clientes, siendo esta forma de pensar lo que ha llevado a algunas empresas a destacar dentro de su ámbito de competencia, las que aún no han ingresado en la cultura de la calidad se encuentran en un gran riesgo tanto de disminuir sus ingresos como su extinción en el mercado, dejando su espacio para aquellas que han trabajado en satisfacer expectativas.

Aunque las aportaciones en el área de calidad son bastantes, en este trabajo sólo se retomarán los trabajos desarrollados por; Philip B. Crosby, W. Edward Deming, Joseph Juran y Kaoru Ishikawa, desde mi perspectiva las contribuciones realizadas fueron fundamentales en la implementación de modelos.

1.5.1 CONCEPTOS DE CALIDAD EN EL ÁREA INDUSTRIAL

Abordar la calidad en el área industrial es estar en un espacio de subjetividad, con la percepción que tiene el individuo ante determinada situación, lo fundamental en este campo es que los procesos que se desarrollan tengan un enfoque hacia el cliente y no a la organización, aspecto que garantiza la satisfacción de las personas, a continuación señalaré algunos conceptos relacionados con esta.

El concepto más antiguo y utilizado es el de la excelencia, éste se remonta a filósofos griegos como Platón, para él la excelencia era algo absoluto, la más alta idea de todo este concepto ha sido recuperada más recientemente por autores como Juran, Crosby, Ishikawa y los han adaptado con la calidad.

Reeves y Vengarndar (En Lloréns 2000:21) señalan que el término calidad ha evolucionado durante el tiempo, lo que ha generado cuatro enfoques para definirla: calidad es excelencia, calidad es valor, calidad es conformidad con las especificaciones y calidad es igualar o exceder las expectativas de los clientes.

A continuación se describen conceptos propuestos por Peralta (2004: 70) en los que detalla desde su perspectiva, qué es calidad:

- El primer supuesto erróneo es; la calidad es bueno, lujoso, brillo o peso, señala que dicho término es para dar significado entre lo bueno y lo malo.
- Se tiene que definir en relación a satisfacción de los usuarios, la multidimensión es su característica principal, evaluar un producto o un servicio es imposible hacerlo sólo por una característica, sino que se deben contemplar más factores.
- Está determinada por el cliente, se basa en la experiencia de este en relación al servicio o producto comparada con sus requerimientos establecidos o no, conscientes o inconscientes.
- Es el equivalente a satisfacción del cliente, no es suficiente mencionar que el producto o servicio es de alta calidad, se debe enfocar a todo el proceso que lo lleva a ser considerado como tal, basado en los requerimientos y necesidades de los usuarios, además, una característica fundamental es el cambio, la importancia de mantenerse en contacto con el usuario para conocer sus necesidades.

Para esta investigación se conceptualiza a la calidad como, actos o procesos que están basados en la mejora continua, estar en un nivel mayor de las necesidades de los usuarios con el fin de rebasar sus expectativas, trabajar bajo esta metodología implica desarrollar propuestas con los recursos que existen actualmente, no hay costo alguno.

1.5.2 Precursores en la Industria

Walter Shewhart, es conocido por el ciclo; Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA) es un proceso metodológico básico para realizar las actividades de mejora y soporte de lo realizado. También se le conoce por el Control Estadístico de Procesos como una metodología de mejoramiento continuo de los procesos.

De Edward Deming se destacan dos de sus aportaciones, los catorce puntos para la gestión y la divulgación del ciclo PHVA, pretende mostrar la importancia de las personas y en particular de la dirección en la competitividad.

Joseph Juran propone la trilogía de la gestión de la calidad, se basa en la planificación, control y la mejora, en la planeación se fijan parámetros sobre costos de mala calidad y sus acciones para eliminarlos, el control durante el proceso de fabricación asegura el cumplimiento de los parámetros establecidos anteriormente la mejora es el proceso que asegura calidad de los productos y la disminución de los costos en general.

Kaoru Ishikawa, desarrolló los círculos de calidad como una necesidad de involucrar a todos los trabajadores en el aseguramiento de los procesos.

Taiichi Ohno vicepresidentes de Toyota Motor, propuso el sistema de gestión de la producción de “just in time” (JIT) orientado a mejorar los resultados de la organización con la participación de los empleados, por medio de la eliminación de tareas o actividades que no aporten valor.

Massaaki Imai difusor del Kaizen, su modelo es una estrategia que sintetiza algunas de las teorías sobre la calidad, aplicándolas a los ámbitos de la organización, Kaizen significa mejora, KAI, cambio y ZEN, bondad, este principio tiene la concepción de que todo es mejorable a través de pequeños o grandes cambios graduales con participación de todas las personas.

Kiyoshi Suzaki su teoría se refiere a la gestión visual, las personas deben poseer información necesaria para realizar sus actividades, definió un octavo tipo de despilfarro, la no-utilización de la inteligencia, imaginación y creatividad por las personas de la entidad.

En síntesis, los trabajos desarrollados en el área industrial, han sido el precedente para que los servicios de salud retomen la metodología y experiencias que han favorecido al crecimiento de este ámbito, utilizar elementos del área empresarial, es fundamental para la integración de modelos que contribuyan a posicionar a los servicios de salud dentro de los ámbitos de la calidad.

1.6 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El área de servicios, no está exenta de la calidad, desde hace tiempo, este concepto está presente en todos los procedimientos que se realizan en los hospitales, el objetivo primordial del área de la salud es, brindar al paciente atención que permita elevar el nivel de vida del individuo.

Álvarez (2003:91) señala, que en el Código de Hammurabi, se describían los reglamentos relacionados con la medicina, no sólo se referían los costos que tenían que cubrir las personas por la atención, sino también, las sanciones que se hacían acreedores los médicos que generaban algún daño a los pacientes.

La calidad en los servicios de salud, ha estado presente en la historia del individuo, las personas que han estado relacionadas con el área de la salud, realizaron acciones que permitieron que los individuos tuvieran un mejor nivel de vida, trabajaban de manera empírica, basándose en ensayo y error, gracias a este procedimiento se contribuyó al perfeccionamiento cada vez más de la medicina y por supuesto dejando un legado para las generaciones siguientes.

Para llegar a ella debemos hacer uso de toda la gama de experiencias que ha adquirido el personal de salud, que con su legado se construyan modelos que permitan cumplir con los requerimientos de la población, por ejemplo, griegos como Hipócrates y Galeno, propusieron normas para realizar un correcto expediente, un riguroso examen físico.

La exigencia de calidad ha existido siempre, no sólo en el ámbito comercial o industrial, sino también en el ámbito de la salud, en la cual los precursores de la medicina se preocupaban por dar una mejor atención al paciente, al realizar el estudio tanto de la enfermedad como del historial del paciente para visualizar los factores que influían para que el individuo presentara un padecimiento.

Álvarez (2003:92) señalaba que posteriormente a la caída de Grecia en poder de los romanos (año 46 d. c.) se otorgó la ciudadanía a todos los médicos, en particular a los de origen griego, es así como la medicina tuvo un gran auge, permitiendo establecer la docencia, se obligó al personal para que tuviera una identificación (licencia) para ejercer su profesión, además, el Estado como una muestra de asegurar la calidad de la práctica, estableció una legislación acerca del aborto, la higiene pública, la limpieza y vigilancia de los canales de aguas negras.

Los gobernantes buscaban que los médicos estuvieran capacitados para ejercer la profesión y brindar una atención de excelencia a los pacientes, hoy sabemos que la calidad la hacemos todos los que participamos en la prestación de los servicios.

En el siglo XVII William Petty realizó una serie de comparaciones entre dos grupos de pacientes con la misma enfermedad y con el mismo tratamiento, estableciendo controles de calidad para medicamentos.

En el ámbito de la salud se fueron realizando acciones que permitieron desarrollar mejor la actividad médica, los diagnósticos del estado de salud de los pacientes cada vez fueron más precisos y se veía reflejado en el mejoramiento de su salud.

William Oslen en 1910 se organizó con un grupo de enfermeras para mostrar un modelo la atención hospitalaria, con el fin de reproducirlo en más hospitales, se observa la intención de atender a los pacientes con un modelo de calidad que satisfaga sus necesidades. Se evaluaron los servicios con la finalidad de mejorarlos, es allí en donde surge el término de auditoría en salud. En este mismo año Abraham Flexner estudió a 165 facultades de medicina contribuyendo al establecimiento de cinco estándares:

- 1.- Estándares para mejorar la historia clínica.
- 2.- Calificación del recurso humano.
- 3.- Normalización de pautas de tratamiento.
- 4.- Auditoría médica.
- 5.- La práctica médica es de medios no de resultados a la fecha ha cambiado, ya que actualmente se exige que los resultados sean satisfactorios.

En 1918 el Colegio Americano de Cirujanos de los Estados Unidos, siguió las recomendaciones que en su momento había realizado Flexner y desarrolló un programa hospitalario de auditoría que permitiera monitorizar periódicamente el desempeño de las instituciones.

En 1956 los hospitales de Michigan conformaron un grupo, para el año de 1963 eran 281 distribuidos en 41 localidades de los Estados Unidos, Canadá y Australia con un total de dos millones y medio de egresos, en la actualidad existen cerca de 15 millones de egresos anuales, para el año de 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Lo que se busca con este tipo de acciones es que la atención que se brinda en los hospitales sea homogénea, que la atención será similar en todos los espacios de la salud garantizando así el servicio otorgado.

1.6.1 Conceptos de calidad en el ámbito de la salud

Según Aguirre (2002) la calidad en el área de la salud se refiere a otorgar atención médica al usuario, con oportunidad y con relación a los conocimientos y principios médicos, tomando en consideración sus necesidades y expectativas de salud, tanto de quien brinda la atención como los de la institución, los componentes de esta definición están enmarcados de la siguiente manera:

Atención oportuna: la atención se debe brindar en el momento que se requiere.

Usuario: persona que recibe la atención médica.

Conforme a los conocimientos médicos vigentes: se refiere a los conocimientos del personal médico, debe estar capacitado y actualizado esto derivado de un proceso de educación continua como marca la ética y la normatividad vigente.

Satisfacción de las expectativas del prestador del servicio: un recurso humano insatisfecho con el desarrollo de sus actividades, es imposible que tenga la intención de realizar sus actividades con calidad y eficiencia, por el contrario se encuentra en una situación de desmotivación y conflictos frecuentes, incidiendo directamente con la atención que otorga a los pacientes.

Según el Instituto Superior de Estudios Empresariales, Calidad Total, (1995:19) se entienden como *“satisfacción de las necesidades y expectativas razonables de los clientes a un precio igual o inferior al que ellos asignan al producto o servicio en función del valor que han recibido y percibido”*

Donabedian (1984:7) refiere *“Aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes”*.

Se aprecia que la mayoría de las definiciones relacionadas con la calidad refieren realizar bien las actividades asignadas, siendo este término utilizado no sólo en los centros de trabajo, sino también en casa, escuela, etc., en todos los ámbitos donde se desenvuelva el individuo.

Etapas para evaluar la calidad de la atención

Donabedian (1984) refiere tres momentos para la evaluación de la calidad de la atención, la primera es la parte **Técnica**; refiere a los conocimientos que el médico tiene o posee para poder ejercer su carrera y la mejora del paciente, la etapa anterior va ligada a la parte **interpersonal**, involucra la relación entre el usuario y personal médico, por último, la parte de las **amenidades**; se refiere a la infraestructura que hace más cómoda la espera del paciente.

Enfoque básico para la evaluación

Donabedian señala que para realizar una evaluación de los servicios de salud es necesario cumplir con tres elementos: proceso, estructura y resultado, estos permitirán conocer si la institución está cumpliendo con la finalidad para la que fue creada.

Proceso: es una serie de actividades que se llevan a cabo entre profesionales y pacientes. Un juicio acerca de la calidad de dicho proceso puede hacerse ya sea por medio de la observación directa o de la revisión de la información registrada, permite una reconstrucción más o menos precisa de cómo están las cosas. La calidad del proceso de la atención está definida, en primer lugar, como; comportamiento normativo. Las normas derivan ya sea de la ciencia de la medicina o de la ética y valores de la sociedad. En ambos casos, las normas tienen sentido porque contribuyen a alcanzar consecuencias valiosas.

Estructura: características de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. Este concepto incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica. El término abarca el número, distribución y calificaciones del personal profesional, así como el número, tamaño, equipo y disposición geográfica de los Hospitales y otras instalaciones. La estructura incluye la organización del personal médico y de enfermería de un hospital y la presencia o ausencia de un esfuerzo de revisión de la calidad, las características básicas de la estructura es que es relativamente estable, que funciona para producir atención o es un atributo del ambiente de la atención y que influye sobre la clase de atención que se proporciona.

Resultados: es un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica. En cuanto a los cambios del estado de salud, no sirven como una medición de la calidad de la atención hasta que otras causas para tales cambios hayan sido eliminadas y pueda uno estar razonablemente seguro que la atención previa es responsable del cambio, puede llamarse en verdad un resultado.

Ventajas de la calidad

Las instituciones que no realicen actividades con un enfoque de calidad, están destinadas a recibir siempre quejas en relación a los servicios que ofrecen, su funcionamiento será de un alto costo económico, no existirá un sentido de pertenencia de parte de su personal, entre las ventajas de laborar con este enfoque se encuentran:

- ✓ Mayor número de usuarios
- ✓ Menor número de quejas
- ✓ Reducción de costos
- ✓ Satisfacción y compromiso de los empleados

Lo referido anteriormente, es lo mínimo a realizar por una organización para garantizar una atención que cumpla con las expectativas de los usuarios, según Mejía la calidad de la atención en salud debe poseer las siguientes características:

- **Accesibilidad:** está relacionada con situaciones geográficas y económicas, con la ubicación de las instituciones y la posibilidad que los usuarios tengan la capacidad económica de acceder.
- **Oportunidad:** la atención solicitada por los usuarios, debe ser en el momento que la requiere.
- **Continuidad:** atención continua basada en procesos de interacción entre el personal involucrado en la atención.
- **Suficiencia e integralidad:** satisfacción de las necesidades de salud del usuario, acciones como promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- **Racionalidad lógico-científica:** conocimientos del personal en relación a tecnología, lógica y optimización de los recursos existentes.
- **Efectividad:** mejoramiento en el estado de salud y una atención de excelencia.
- **Eficiencia:** la atención brindada debe ser efectiva a un costo razonable, es llegar a un estado óptimo de salud no se debe realizar gastos excesivos.
- **Eficacia:** aplicación de conocimientos o tecnología.
- **Satisfacción del usuario:** el paciente y su familia estén satisfechos con la atención recibida.

Un sistema de calidad debe contemplar; lugar geográfico de la población, la atención debe brindarse en el momento solicitado y que exista continuidad en la atención.

1.6.2 Precusores en el Área de la Salud

Los primeros trabajos relacionados con la calidad fueron en el área industrial, el área de la salud retomó la metodología utilizada con el fin de brindar una atención que cumpla con las necesidades del paciente y su familia. A continuación, se

señalarán las aportaciones realizadas por personas que tuvieron una visión de la mejora continua:

En 1913 Codman, refiere que la estandarización es un movimiento que tiene como fin primordial mejorar la calidad de los servicios que ofertan las instituciones de salud.

En el año de 1933 Lee y Jones conceptualizan la buena atención médica como uno de los primeros intentos de especificar los requerimientos de la atención. Hooker, en el mismo año presenta el primer estudio de mortalidad materna que se podía prevenir.

Ciocco en 1950 elaboró índices estadísticos de atención a pacientes.

En el año de 1956 Lembcke refiere que en la práctica médica deben señalarse criterios para evaluar la atención brindada.

En 1966 Donabedian presenta el modelo de estructura, proceso y resultado su base fue el enfoque de teoría de sistemas, resaltando que la calidad ha sido uno de los objetivos primordiales de la medicina.

En 1990 Ruelas definió el término garantía de calidad y propone cinco elementos: evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

En el área de la salud se han realizado trabajos con el único fin, garantizar la atención brindada, apreciándose en el mejoramiento del estado de la salud de los pacientes, pero además, se han sentado los precedentes para el desarrollo de trabajos que realicen aportes para mejorar la atención en las unidades hospitalarias en México.

1.6.3 La calidad en los servicios de salud en México

La calidad está en todos los campos de acción donde existan relaciones entre individuos, en México se han realizado trabajos en el ámbito hospitalario, estos han contribuido a mejorar la atención que se ofrece, se encontró que la mayoría de las propuestas desarrolladas están enfocadas a la atención proporcionada por el personal médico, aislando todo el proceso de la atención a una concepción biologicista que reduce el problema de la enfermedad al enfoque clínico.

Las acciones realizadas en el área de la salud, van encaminadas a tratar de elevar el nivel de vida de los pacientes, cada día el personal de salud tiene como finalidad restablecer la salud de la población, con los trabajos desarrollados, va implícita una atención que satisfaga las necesidades de la población.

En México se han llevado a cabo actividades que buscan elevar la calidad de vida de los individuos, por medio de acciones, que permitan restablecer su salud dentro de los más altos estándares.

El gobierno con la intención de proporcionar una atención profesional en el área de la salud, llevó a cabo acciones que permitieron que éste se convirtiera en el rector de la salud, de manera simultánea la calidad también está presente en estos acontecimientos, el fin primordial es proporcionar una atención que favorezca el bienestar del individuo, además, realiza la planeación de actividades encaminadas a efectuar una intervención profesional.

En la Constitución de 1917, se consolida el reconocimiento oficial del derecho a la salud y se acepta que ésta no depende exclusivamente de acciones médicas, sino, es el resultado del mejoramiento de los factores sociales que determinan el nivel de vida, durante este periodo se presentan los siguientes acontecimientos que fueron marcando la calidad dentro de los servicios de salud.

En el año de 1917 surge el Departamento de Salubridad Pública. En 1921, se realiza el Primer Congreso Mexicano del Niño, realizándose campañas contra la fiebre amarilla, además, se crea el Primer Centro de Higiene Infantil en la Ciudad de México, se da un mayor interés a las medidas preventivas y se da una colaboración de la comunidad en la realización de los planes de salud.

En 1922 se funda la Escuela de Salubridad con el objetivo principal preparar al personal del área de la salud, además, se lleva a cabo la Primera Convención Sanitaria Nacional, en 1924 se realizan acciones sanitarias para combatir un brote de viruela en el estado de Veracruz, por decreto presidencial se hace obligatorio a nivel nacional la vacunación y revacunación, dándose la federalización de las campañas antituberculosa, antivenérea, antirrábica, y otras, para 1925 por acuerdo presidencial se organizan los servicios de salud de carácter federal y se nombran delegados en los estados, en 1926 se reforma el Código Sanitario para llevar a cabo coordinaciones entre el Departamento de Salubridad y los gobiernos de los Estados. En el año de 1929 se crea el Servicio de Higiene Infantil y centros de gota de leche en los cuales se distribuían desayunos para niños.

En la década de 1930 a 1940 se inició con un movimiento de salud, su objetivo primordial, la atención a zona rurales, se crean los servicios ejidales cooperativos e inicia con el servicio social para los estudiantes de medicina, con estas disposiciones el gobierno realiza acciones que tienen como objetivo principal hacer llegar la atención médica a todos los rincones del país, tratando de garantizar el acceso a la salud a todos los mexicanos.

En el año de 1931 se promulga la Ley Federal del Trabajo, dando origen en 1934 al Reglamento de medidas preventivas de accidentes de trabajo y el Reglamento de higiene del trabajo, para el año de 1934 el Código Sanitario señala; los Servicios sanitarios en México son de interés público.

En 1937, se crea el Departamento de Asistencia Social Infantil, el cual queda abrogado al crearse la Secretaria de Asistencia Pública, con el objetivo principal; el estado proporcionará ayuda a los más débiles sociales, dando inicio a la construcción de 116 hospitales en México.

Los trabajos realizados por el gobierno contribuyeron a forjar los servicios de salud que actualmente existen en el país, con el fin de atender a una población en constante crecimiento demográfico que cada día se hacía más demandante de los servicios de salud.

El 4 de enero de 1943 se promulga la Ley del Seguro Social, dando origen al Instituto Mexicano del Seguro Social, su objetivo era que los trabajadores asalariados y a sus dependientes económicos tuvieran protección salud, en el año de 1943 es creada la Secretaria de Salubridad y Asistencia, derivado de la fusión entre la Secretaria de Asistencia pública y el Departamento de Salubridad Pública, además, un hecho de relevancia en este mismo año es la inauguración del Hospital del Niño, el cual busca llevar a cabo la prevención, curación, rehabilitación e investigación de los problemas de salud de la población infantil, y preparación de médicos especialistas en esta área.

Según González, en el año de 1944 se inaugura el Instituto Nacional de Cardiología, debido a los padecimientos cardiovasculares que cada día eran mayores, adquirió prestigio por la calidad de su trabajo.

Para elevar la calidad de vida de la población, el Gobierno creó institutos más especializados en las problemáticas de la población, el trabajo desarrollado por las instituciones de salud han ganado el reconocimiento de las personas, trabajo que no sólo corresponde al área médica, sino, es derivado de todo un trabajo integral realizado por los trabajadores que hacen posible la prestación un servicio.

Un acontecimiento fue la creación en el año de 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, en 1961 se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia que en 1968 da lugar a la creación del Instituto Mexicano de Asistencia a la niñez, en 1971 se expide la ley federal para la prevención y el control de la contaminación ambiental. En 1973 se expide el Nuevo Código Sanitario, para el 1976 se crea el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia, surge también, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, en el año de 1981, se crea la Coordinación de Servicios de Salud con la finalidad de realizar estudios para establecer un Sistema Nacional de Salud.

En el año de 1982, se adicionó al artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, un párrafo que refiere; *toda persona tendrá derecho a la salud.*

En México proporcionar servicios que cumplan con las expectativas de los usuarios no es nuevo, desde hace tiempo existe una gran preocupación por elevar la calidad en los servicios de salud que proporciona tanto el gobierno como la iniciativa privada, a continuación, se presentan eventos que fueron los antecedentes de la calidad en los servicios de salud del país.

- ✓ En el año de 1956 en el Hospital de la Raza del IMSS se dio inicio con la revisión del expediente, precedente para evaluar la atención brindada a los pacientes.
- ✓ En 1957 se integra la Comisión de Supervisión Médica.
- ✓ En 1959 se crea la Auditoría Médica, sentando las bases para el Boletín Médico, en el cual se establecen funciones y procedimientos.
- ✓ Para el año de 1962 aparece la Auditoría Médica, la cual posteriormente cambia hacia Evaluación Médica, con un enfoque más médico que auditoría.
- ✓ En 1973 surgen los lineamientos para la elaboración del Expediente Clínico, siendo este instrumento indispensable para la evaluación, además, sirvieron como base para que tanto el ISSSTE como el DIF elaboraran documentos para evaluar los servicios que brindaban.
- ✓ Para 1979 Palmer propuso elementos relacionados con la calidad en los servicios de salud, entre ellos destacan; la procedencia del personal médico, la certificación de sus conocimientos, la edad y la experiencia en el desarrollo de sus actividades.
- ✓ En el año de 1986 el Instituto Nacional de Salud Pública publicó un número en la Revista de Salud Pública de México, hace énfasis en las aportaciones realizadas tanto por mexicanos como por extranjero en el área de la salud.
- ✓ Ruelas Barajas en 1990 conceptualiza el término Garantía de Calidad, señalando cinco elementos fundamentales para efectuarse: Evaluación, Monitoría, Diseño, Desarrollo y Cambio Organizacional.
- ✓ En el año de 1994 la Fundación Mexicana para la Salud, realizó una encuesta entre los asistentes a los servicios y concluyó; la población considera que los servicios son de mala calidad.
- ✓ En 1997 se presentó el Plan Integral de Calidad del IMSS.
- ✓ En el año de 1999 se crea el premio de calidad en el IMSS.
- ✓ Entre los años de 1997 y 2000 la Secretaría de Salud estableció el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica, con el fin de realizar una evaluación de los servicios que se brindan.
- ✓ En 2000 en una encuesta realizada, se encontró que uno de los principales problemas son el alto costo que se paga para recibir un servicio, y nuevamente apareció la mala calidad en los servicios de salud.

Con esta reseña, se aprecian las decisiones tomadas por el gobierno federal para buscar una atención ideal en el ámbito de la salud, por ello, estableció indicadores de medición para evaluar los servicios brindados en el área de la salud.

Implantación de un Sistema de medición de indicadores (SISPA-Calidad) 1999

El Gobierno Federal elaboró un diseño estratégico, para incorporar el sistema de medición de indicadores estatales sin la necesidad de generar nuevos recursos en las unidades, partes básicas de la estrategia:

1. El objetivo era incorporar comités de calidad en las unidades de salud, integrada con un representante de la comunidad, la principal tarea era el análisis de los resultados del sistema "SISPA-CALIDAD", 2. Capacitar a los facilitadores de calidad y estadígrafos en el diseño estratégico y medición de indicadores a manera de taller, con la finalidad de enriquecer la estrategia, 3. Presupuestar en el gasto anual todo el material a usar para el levantamiento de encuestas, 4. Elaborar una guía práctica del proceso para el manejo del sistema, 5. Presentación del sistema a los directores regionales y hospitales y 6. Monitoreo.

Modelo sectorial de monitoreo para la gestión de la calidad: Sistema INDICA

Está integrado por los siguientes elementos:

Sistema de medición de indicadores: El sistema manual como computarizado, proporciona información sobre el comportamiento de indicadores de calidad lo que permite identificar áreas de oportunidad.

Participación ciudadana: Este componente ayudará a los usuarios y a la población se motiven a participar como sujetos activos en la mejora de la calidad.

Difusión de Resultados: Contribuirá a que las instituciones, los usuarios y la ciudadanía en general cuenten con un vínculo de comunicación.

Coordinación sectorial: habrá una coordinación entre la dirección de impulso a la gestión de la calidad con las instituciones del sector salud y de la propia secretaria.

El sistema de salud se ha transformando con la única finalidad de brindar atención a la población, que vaya más allá de lo que esperan recibir.

El gobierno se ha preocupado por tratar de cambiar la imagen de los servicios de salud, todas estas acciones han forjado los cimientos para que la Cruzada Nacional por la Calidad fuera considerada dentro del Programa Nacional de Salud **2001–2006** como uno de los retos estratégicos.

En la Conferencia Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Principales Aspectos y Logros (2002) refiere; *"La Cruzada, entendida como un conjunto de estrategias, es en suma, una propuesta colectiva que incorpora de manera coherente los puntos de vista y las preocupaciones de una gran diversidad de actores relacionados con la prestación de servicios de salud en México. De este modo, la Cruzada traduce las dimensiones de la calidad en trato digno y atención médica efectiva"*.

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

La Secretaría de salud realizó evaluaciones y documentó un bajo nivel en los servicios de salud tanto públicos y privados encontrándose lo siguiente:

- La población percibe mala calidad en los servicios de salud.
- Heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas e instituciones y al interior de las propias instituciones fueran públicas o privadas.
- Información insuficiente y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud y sus niveles de calidad, lo que dificultaba la toma adecuada de decisiones.

Este programa surge en el año del 2000, participando todas aquellas instituciones involucradas en el área de la salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad a través de la Dirección de Calidad y Educación en Salud ha instrumentado cuatro líneas estratégicas:

- Implantar una cultura de la medición: diseño e instrumentación de un modelo sectorial de monitoreo para la gestión de la calidad.
- Promover cultura de la mejora: intervenciones de mejora y de racionalización regulatoria.
- Fomentar una cultura del reconocimiento al desempeño, establecimiento de comités de calidad, diseño e inicio del Premio Nacional de Calidad en la SSA.
- Crear las bases para una cultura de la participación ciudadana a través de la instalación del Aval Ciudadano y de Calidad.

Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Este programa fue acordado en agosto del 2002 por el Consejo de Salubridad General, dependía directamente del Presidente de la República, se encargaría de evaluar el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, para definir su desempeño, para ello, se tomó en cuenta lo siguiente:

- Reconocimiento de la satisfacción del usuario
- Cumplimiento de la normatividad
- Medición del desempeño
- Aplicación de acciones de mejora continua
- Códigos de ética para médicos y enfermeras
- Carta de los Derechos Generales de Pacientes
- Carta de los Derechos Generales de los médicos
- Lucha contra el tabaquismo

Acciones encaminadas a evaluar la atención que se brinda a los usuarios, partiendo del reconocimiento de sus derechos.

En el Programa Nacional de Salud (2007-2012), señala que los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios. La calidad significa también disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo.

El principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la heterogeneidad que existe entre los principales prestadores de servicios.

1.6.4 Calidad en los Servicios de Salud en el Distrito Federal

El Gobierno de la Ciudad de México no cuenta con un Programa de Calidad propio, por lo tanto se apega a las disposiciones de la Secretaría de Salud Federal.

“Entre las obras que el Gobierno del Distrito Federal ha realizado para mejorar y ampliar los servicios de salud, tiene un lugar relevante el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez, en la Delegación Iztapalapa, inaugurado y puesto en servicio el pasado 1 de marzo de 2005. Este hospital cuenta con 144 camas censables y 64 no censables, con una superficie construida de 15,995 m²; se brindan servicios de imagenología, urgencias, urgencias gineco-obstétricas, terapia intensiva adulta y neonatal, hospitalización, consulta externa, cirugía, inhaloterapia, tanatología y farmacia, beneficiando a una población de 950,000 habitantes. Adicionalmente, esta unidad médica cuenta con un auditorio, una planta potabilizadora y una planta de tratamiento de aguas residuales, con capacidad de 2.1 lt/seg, dos cisternas de 180 m³ cada una y un tanque de tormentas, constituido por tres cuerpos con una capacidad total de almacenamiento de 580 m³, además de dos plantas eléctricas de emergencia”.
<http://www.sos.secretaría.de.obras.y.servicios.htm> (consultado diciembre 2008)

Implementar modelos de calidad no ha sido fácil, los resultados obtenidos no son nada halagadores, mientras se busque imponer políticas de calidad, sin realizar un proceso de sensibilización al trabajador, no se podrá tener una Cultura de Calidad, que se refleje en la satisfacción de los usuarios.

El Gobierno Federal, ha destinado recursos económicos para tratar de cambiar la imagen que se tiene de los servicios de salud, los resultados están allí, los usuarios de los servicios no han logrado percibir modificación alguna.

En el 2002, México celebró un préstamo con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) por un monto de 350,000.000.00 de dólares para financiamiento parcial del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), aún con este apoyo no se ha llegado a los escenarios deseables.

Para conocer el trabajo realizado por el Gobierno Federal en relación a la Calidad en los Servicios de Salud, se tiene que recurrir al Plan Nacional de Desarrollo, el cual refiere:

Se buscará incrementar los niveles de atención a través de la elaboración de programas, los cuales contarán con la asignación de recursos económicos siempre y cuando dichos programas contemplen elevar la calidad de vida de los grupos vulnerables (los indígenas, los niños y ancianos, discapacitados) sin dejar a un lado a las mujeres y a los jóvenes.

El **3 de junio de 1996**, se decreta en el Diario Oficial de la Federación la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con el fin primordial velar por el derecho a la protección a la salud y mejorar la prestación de los servicios.

En el año **2000**, surge la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud, para ejecutarse se reunieron las principales instituciones de salud y algunos hospitales particulares para realizar la planeación de esta estrategia.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos.

En **2004**, se crea el programa de Calidad, Equidad y Desarrollo (PROCEDES) es un programa de financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad, en un marco de innovación de los servicios de salud, dentro de sus estrategias establece el avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud (MIDAS) entre sus líneas de acción se encuentra el financiamiento estratégico para la equidad y desarrollo con calidad.

Este instrumento del gobierno federal, busca la parte ideal de la atención médica en los servicios de salud, actualmente no se han obtenidos los resultados esperados, esto queda de manifiesto en las quejas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en el quinto Informe de Gobierno presentado el 1º de septiembre del 2005, en el aparece que en el año 2000 se atendieron 16,066 casos y en el 2005 hubo un incremento con 21,557.

En la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, incluye procesos permanentes de mejora del desempeño y la transparencia, contribuyendo a la rendición de cuentas.

En la actualidad, está en boga que tanto las instituciones como las empresas se sometan a un proceso de certificación, en el cual se prueba, que todo los procesos que intervienen para la prestación de un servicio es el mismo y todo el personal lo conoce y sabe cómo actuar ante determinadas situaciones, surge en el año 2002 el programa nacional de certificación de establecimientos de atención médica efectiva.

Uno de los fines de la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud es garantizar la que atención médica que reciben los mexicanos responda a los más altos principios científicos y éticos que rigen la práctica profesional.

Como se podrá apreciar desde hace tiempo se está trabajando en este aspecto, las contribuciones realizadas han dado pie a que haya una gran preocupación por trabajar con calidad en las instituciones de salud, se ha detectado que los servicios ofrecidos al usuario no es el adecuado, pero más que trabajar únicamente con el médico, es incluir a todo el personal que conforma un hospital, actualmente no se han obtenido los resultados esperados es cierto, pero cada uno de nosotros podemos contribuir a este objetivo nacional, trabajar por una nueva cultura laboral.

Una cultura de calidad basada en procesos, en el que el objetivo primordial sea, cumplir con las necesidades de los usuarios internos o externos, una cultura en la que los trabajadores realmente contribuyan a la misión y visión de la institución.

CAPÍTULO 2 APORTACIONES PARA UN TRABAJO DE CALIDAD

El individuo no es un ente que se encuentre aislado, comúnmente está en interacción con otras personas, pertenecer a un grupo, adquiere rasgos o características que lo hace afín, estar integrado a uno es adquirir normas, estas son transmitidas a otras personas mediante; historias, ritos, rituales y sanciones cuando se violan. Para comprender estos términos, se citan los siguientes conceptos de cultura y de cultura de calidad.

Montes (1985:114) refiere que el concepto de cultura ha sido adoptado del campo de la antropología, de allí ha sido definida y planteada desde varias perspectivas y contextos:

“Hacer una revisión del término cultura en función de un concepto central en uso puede incluir ideologías, un conjunto coherente de creencias o un modelo de presunciones básicas, un conjunto de valores compartidos, normas de conducta, la voluntad colectiva o la programación colectiva de la mente humana”.

Cultura, es un tema que no había despertado tanto interés en los investigadores, estaban enfocados básicamente a como coordinar y dirigir una organización, en los años cincuenta, se enfocaba a las relaciones humanas, en los años sesentas a la estructura organizacional, en los setenta a la estrategia y en los ochenta a la cultura organizacional.

Ante esta visión Muller (1999:24) señala que *“cultura organizacional son los valores que predominan en el personal de una empresa, los diversos sistemas de dirección, de trabajo y de control. La forma de hacer las cosas, la actitud del personal, el vestido, el lenguaje, los chistes, la manera de comportarse, los héroes las leyendas, los rituales, las tradiciones, las metas, los símbolos, etc. La cultura organizacional nos dice cómo es el ciclo de vida de un empleado.”*

La **cultura organizacional** hace diferente a una organización, la cultura son aquellos valores, sentimiento, vivencias, historias y mitos que hay al interior de las organizaciones, se van transmitiendo a los empleados que se incorporan a laborar. Las Instituciones deben poseer una cultura de calidad, así, cuando un nuevo elemento se integre a trabajar adquirirá los valores existentes dentro de los centros de trabajo.

El estudio de la cultura tiene varias particularidades, permite resolver problemas al interior de la organización, basándose en las experiencias pasadas, es decir, si por años en los servicios de salud se pensaba que el trabajador tiene la razón y que el usuario desconocía algunas situaciones, se está en contradicciones, estas han ocasionado que la población no crea en las instituciones y se sienta insatisfecha.

Para introducirnos más al tema de la Cultura, comenzaré por definir qué se entiende por **cultura organizacional**:

Serie de significados compartidos por los miembros de las organizaciones y que los hace diferentes entre estas, todas las experiencias adquiridas y compartidas por los trabajadores, hacen que se vaya generando una particularidad, esto hace la diferencia entre una y otra.

Se entiende a la cultura, como un sistema de significados, normas, valores y creencias que tienen los miembros de una organización y que permiten diferenciar una de otra, cada organización tiene sus particularidades que las hacen únicas, en la medida que se van compartiendo dichos significados se va creando una organización específica.

A continuación Cantú (1999:91) refiere que entiende por cultura de calidad; *“Conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización a afrontar los retos que se le presenten en el cumplimiento de su misión”*.

Según este autor los valores son impresiones que se tienen en relación a la forma en que se vive, sobre lo que se considera éticamente correcto o incorrecto. Los valores que posee una persona con cultura de calidad son, entre otros, el interés continuo por el desarrollo intelectual, saber colaborar con un grupo, el espíritu de servicio a la comunidad, la permanencia de largo plazo en la empresa, el respeto y buen uso del tiempo propio y de los demás.

También señala que los hábitos son los comportamientos observables que reflejan los valores internos de las personas. Una persona con cultura de calidad tiene, entre otros, los siguientes hábitos: la mejora continua, la atención y responsabilidad en el trabajo, la prevención de errores, hacer bien el trabajo al primer intento, la planeación de sus actividades en el corto y largo plazo. Además refiere:

“Se consideran prácticas todos aquellos procedimientos laborales que aplicados al trabajo de forma continua, sistémica y repetitiva, ayudan al individuo a poner en operación los valores y hábitos de calidad”.

Cuando una organización de servicios de salud, brinda una atención diferente, rompe con los paradigmas de la población, ellos observarán un cambio en la atención recibida.

2.1 FUNCIONES DE LA CULTURA

Robbins (1996), señala que la cultura dentro de una organización tiene diversas funciones:

Primera crea límites, estos permiten diferenciar a una organización de otra, es la característica de la organización, en la mayoría de las instituciones de salud privada se ofrecen servicios, por lo cuales realizas un pago económico, situación que no se observa en los servicios de salud del Gobierno.

La importancia que haya límites es que permitan ir adecuando a sus trabajadores, para brindar una atención hacia la gente y por consiguiente en la eficacia de la organización y no podrá cumplir con la misión para la cual fue creada.

Segundo va estableciendo un sentido de identidad, sus miembros se van identificando con la organización, situación por la cual los miembros se sienten orgullosos de pertenecer a una organización.

La importancia que el personal se sienta identificado con la organización, en caso contrario, no cumplirá con sus objetivos como individuos ni contribuirá al cumplimiento de las metas de la organización, situación que se hace preocupante por la no satisfacción de los usuarios que acuden a los servicios de salud.

Tercero se va creando el compromiso más allá del interés del individuo, se va forjando una situación de apego hacia la organización, hecho que es favorable en la consecución de los objetivos.

Cuando no existe un compromiso con la organización, el personal se muestra desmotivado para realizar sus actividades y no trabaja de acorde a la cultura de la organización, situación que influirá para no contribuir en la misión de la empresa, aún más delicado, es el hecho de que esta falta de compromiso se pudiera transmitir a otras personas que se encuentran en la misma situación, momento que pudiera atentar contra la estabilidad de la organización, de allí su importancia.

Cuarto la estabilidad que genera el hecho de contar con una cultura, propicia que la organización, mantenga al personal dentro de un sistema que le permita ejercer un poder y la estabilidad, esta le va a garantizar prestar servicios con calidad y que se verá reflejada en la satisfacción de la población usuaria de los servicios de salud.

Quinto la cultura funciona como un mecanismo de control, permite ir moldeando las actitudes de los trabajadores, la organización seleccionará a aquellas personas que de una u otra manera cumplan con los estándares o perfiles que solicita, a partir de allí permitirá que poco a poco la gente se vaya identificando con la cultura establecida dentro de la organización, que no se ve, que no es tangible pero que está presente.

Cuando un nuevo miembro llega a la organización, comienza a aprender patrones de conducta que le permitirán ir poco a poco ingresando a la cultura que permea dentro de la corporación, en caso de no adaptarse, comenzará a estar al margen de lo que se requiere dentro de la organización y por ende será sancionado o relegado por sus compañeros.

Mientras va habiendo un ajuste entre Individuo y organización, permite que ésta, paulatinamente vaya delegando funciones en las personas y logre hacer lo que saben hacer, estamos hablando que existe una cultura fuerte, difícilmente algún miembro tratara de hacer algo distinto a lo establecido por la cultura. Se resalta, la cultura fuerte estará por encima de la cultura débil.

La filosofía japonesa ha permitido posicionar a este país como uno de los máximos representantes de la cultura de la calidad, así lo refiere, Cantú (1999) en su libro Desarrollo de una Cultura de Calidad, en él resalta cada una de las etapas para llegar a constituir la, a continuación se detallan cada una de esas fases.

1.- Administración a través de valores compartidos. Se caracteriza por un proceso de socialización intensiva, comunicación abierta, clara y franca, el compartir información con los trabajadores, fomenta las relaciones interpersonales a largo plazo.

2.- Toma de decisiones y responsabilidad compartida. El sistema de sugerencias de mejora continúa por parte de los trabajadores, el delegar responsabilidad y autoridad al trabajador para que este realice trabajos de inspección, dando mayor énfasis a los círculos de calidad.

3.- Enfoque en el desarrollo de recursos humanos. Busca que el trabajador sea especialista en varias áreas, constante entrenamientos que permitan tener un empleo de por vida, interesándose por las relaciones humanas.

4.- Uso eficiente de los recursos y optimización de las operaciones. Siempre cuentan con un lugar limpio, optimizan los recursos con los que cuentan, su producción es uniforme y en tiempos mínimos, buscan siempre estar cerca de los clientes

5.- Mejora continua de largo plazo. Desarrollan actividades de mejora continua con grupos pequeños, realizándose una planeación a largo plazo e implantando políticas de calidad en toda la organización.

Bajo éste esquema de trabajo, las organizaciones deberán cambiar la forma de relacionarse, dándose un cambio de arriba hacia abajo (estructuralmente), es decir desde los jefes o altos mandos hacia el personal operativo, cambios que se verán reflejados desde la toma de decisiones, la cual no se dará de una manera autocrática, sino será a través de igualdad, dando como resultado un proceso de responsabilidad compartida.

Wall (1994) señala, si desea realizar un cambio cultural interno se deben tomar en cuenta las leyes naturales de la organización, siendo estas las siguientes:

1.- Se obtiene lo que se habla. Los trabajadores deberán conocer los valores, misión y visión de la organización para laborar en estos.

2.- La cultura de trabajo en equipo es reflejo del líder. La persona que es jefe o responsable de un departamento tiene la posibilidad de infundir en el trabajador, un excelente estado de ánimo, el ser innovador y propositivos, esto será el reflejo del líder.

3.- No es posible ir más rápido que un paso a la vez. La cultura no puede construirse de abajo hacia arriba, sino que debe haber un cambio, primero serán los que estén en la parte alta de la organización y será de una manera gradual, predicar con el ejemplo.

4.- Las organizaciones facultadas requieren confianza. No se puede pedir responsabilidad a un grupo sino se le ha dado la confianza y la autoridad para hacerlo.

Referirnos al cambio de cultura es, realizar un análisis total de la organización, lograr que los miembros hagan suyo el objetivo de la institución, que comprendan su función en su lugar de trabajo, generar espacios de reflexión para el trabajo en grupo o en círculos de calidad, poseer valores es fundamental cuando se desea un cambio verdadero.

A continuación referiré algunos métodos para realizar cambios en la cultura de las organizaciones.

2.2 Método de Lewin (1991)

Según el método de Lewin se debe planear para proponer un cambio en la cultura de toda la organización, hacer ver a las personas que es una situación que involucra a todos, debe ser propuesto por los directivos buscando que las personas se encuentren convencidos de lo que representará dicha transformación, posterior a la implantación, se deberá tener la estrategia para que permanezcan los nuevos hábitos, esta propuesta, se integra de la siguiente forma:

1.- Descongelamiento. Se prepara al grupo, se explica cuál es el problema, lo primordial de este proceso es que las personas involucradas en la situación sientan que el problema es parte de ellos.

2.- Movimiento. El personal es guiado por la dirección de la organización, efectuando los cambios necesarios y estos a su vez deberán hacerse en dos niveles culturales, el de aceptación y el de valoración al cambio, buscándose nuevos hábitos, para que haya un cambio, el grupo debe estar plenamente convencido, de lo contrario no se darán los resultados esperados.

3.- Recongelamiento. Posterior al establecimiento de los nuevos hábitos, es de importancia que los individuos vayan haciendo suyos, es conveniente implantar un sistema de evaluación, que permita ir verificando que haya cumpliendo con lo establecido, en caso contrario el cambio sería ineficaz.

2.3 Método de Edgar Schein (1993)

Schein propone el uso de dos mecanismos para realizar el cambio de cultura, los primarios tiene relación con el comportamiento de los individuos, tiene que ver con la toma de decisiones y lo secundario con los métodos de trabajo y las costumbres que existen al interior de este.

Cambio cultural mediante procesos planeados. Modelo de investigación en acción citado por Cummins & Worley (1993), el cual requiere la presencia de un experto en desarrollo organizacional aplicando una serie de fases.

1.- Identificación del problema. La problemática es detectada por una persona de la organización, busca la forma de resolver la situación.

2.- Consulta con un experto en ciencias del comportamiento. Debe haber una gran cooperación entre la persona de la organización que requiere el servicio y el experto en Desarrollo Organizacional, este último, deberá exponer sus teorías y observar que haya una comprensión de lo que está hablando, con el fin de trabajar mutuamente.

3.- Recolección de datos y diagnóstico preliminar. El experto se abocará a realizar investigación de primera mano, por medio de entrevistas y cuestionarios para ubicar el problema en el cual va a trabajar.

4.- Retroalimentación al cliente. Una vez que se recolecto la información se habla con la persona de la organización para que colabore en la detección de fortalezas y debilidades.

5.-Análisis conjunto del problema. Se procede a analizar el problema entre el experto y el cliente o personal de la organización, es necesario que el experto cree un marco de referencia que permita al cliente comprender de lo que se habla.

6.- Planeación conjunta de acciones. Conoce el problema y analiza, ahora corresponde ver el tipo de acción que se llevará a cabo, ésta deberá estar apegada a las características de la organización.

7.- Acción. Realizar los movimientos necesarios para llegar al estado nuevo y dejar a un lado el viejo o tradicional. No es una situación fácil, debe haber un periodo de transición.

8.- Recolección de datos después de la acción. Se realiza recolección de datos, en él se mide o evalúa el impacto, la eficacia del cambio, en caso de ser necesario se volvería a realizar el ciclo.

Según Ishikawa en Montes (1985:117) *“la mejora de la calidad constituye un proceso de aprendizaje, que comienza con la formación y termina con la formación, lo cual significa que no podemos desarrollar un programa de calidad*

que impregne a la organización de dichos principios culturales a menos que este dirigido por los máximos responsables, orientado a toda la organización y llevado a cabo continua y progresivamente año tras año”

2.4 Cultura organizacional

Cambiar una cotidianeidad de la gente, es un reto para las organizaciones, no es una cuestión fácil, en las instituciones se concentra un gran número de personas, cada una de ellas con valores, creencias, costumbre, etc. que los hacen diferentes unos de otros, con distintos intereses, objetivos, aspiraciones y propósitos.

Realizar cambios en las instituciones, genera en algunos trabajadores el temor al despido por evidenciar su trabajo, deja ver las carencias que existe en la organización, ante esta situación se debe planear un cambio de manera paulatina, basado en un diagnóstico previo de las necesidades del personal y combinarlo con la misión y visión de la institución, para ello se muestra el siguiente cuadro de Enrique Müller de la Lama (1999) en su libro Cultura de Calidad de Servicio.

CULTURA ACTUAL	NUEVA CULTURA	RAZONES PARA EL CAMBIO
Cultura de empresa familiar	Cultura de institución	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemas familiares. ✓ Sucesión y permanencia. ✓ Efectividad.
Dos culturas diferentes	Una cultura mejorada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fusión de dos empresas. ✓ Prevenir el choque cultural. ✓ Obtener lo mejor de las dos culturas.
Cultura de una empresa	Cultura dominante de grupo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adquirir cultura de grupo. ✓ Integrar rápidamente una empresa a un grupo.
Cultura dominante de buen nivel	Mejorar esta cultura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lograr mejores resultados. ✓ Acelerar el cambio ✓ Lograr que permanezca una cultura efectiva.
Cultura de producto	Cultura de servicio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambiar la cultura hacia el cliente. ✓ Lograr alta satisfacción del cliente.
Cultura actual	Cultura mejorada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la satisfacción de clientes, personal e inversionistas.

Los cambios deben planearse evitando el mínimo rechazo por parte de algún sector de la institución, seguir con la siguiente propuesta señalada por Enrique Müller de la Lama.

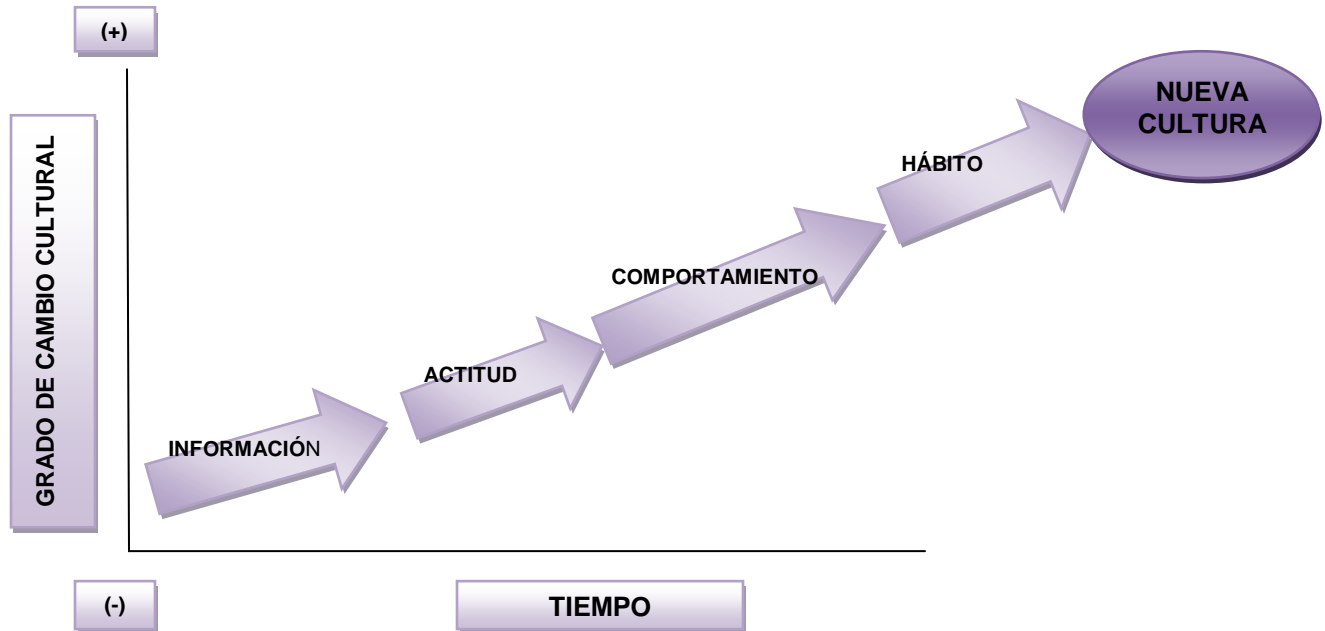
Información. Inicia con el proceso de cambio hacia una nueva cultura, se presenta al personal la nueva forma de trabajar y los objetivos de la organización.

Actitud. En este punto la comunicación es un factor fundamental y determinante en la consecución de los objetivos, es necesario informar al trabajador para tener una actitud favorable ante el proceso.

Comportamiento. El resultado se percibe al momento que el personal se dirige o comporta de acuerdo a los estándares previamente señalados en la nueva cultura.

Hábito. Se crea al momento que se repite un comportamiento previamente enmarcado en la nueva forma de trabajar.

Cultura. Al momento que los trabajadores conocer la nueva cultura, muestran una actitud favorable y su comportamiento coincide con los nuevos valores, políticas, estándares, etc.



Proceso de cambio de cultura, esquema tomado del libro de la Lama M. (1999:27)

Se aprecia en la gráfica, el proceso para iniciar un cambio de cultura, situación que debe ser implantada de manera estratégica de forma que no exista algún rechazo por parte de los trabajadores y al contrario haya una aceptación y evite conflictos.

2.5 Modelo de energía del cambio cultural

Este modelo hace referencia a aquellos deseos de cambiar la cultura prevaleciente en la organización, tomando en consideración elementos como: el objetivo, la insatisfacción, los medios y los costos a continuación señalaré la propuesta realizada por Lama.

1.- La energía creada para el cambio cultural se trasmite de la dirección a todos los niveles de la organización en insatisfacción, objetivos y medios (IOM).

2.- El cambio sucede si IOM es más grande y beneficioso que el costo del cambio (c) medido en dinero, tiempo, recursos utilizados para todo el personal. Cambio =IOM/c mayor que 1.

3.- La velocidad y el grado de cambio dependen de los impulsos originales de fuerza y frecuencia.

4.- El cambio sucede si las pulsaciones de energía son fuertes y frecuentes (olas grandes y continuas).

5.- La energía de cambio tiende a debilitarse al pasar por los diferentes niveles de la organización.

6.- Crear retransmisores de energía en cada nivel para que los impulsos originales lleguen con fuerza al último nivel.

7.- Un cambio cultural no es acorto plazo, toma tiempo y dedicación constante para lograrse.

Esta propuesta refiere el cambio de cultura involucra todos los espacios de la organización, se debe realizar una evaluación entre los objetivos, los medios y las insatisfacciones contra los costos que representaran, a su vez, se debe estar reforzando constantemente lo que se desea cambiar o modificar, en algunas ocasiones tienden a debilitarse las instrucciones debido a la ausencia de recordatorios.

2.6 MODELO DE CULTURA DE SERVICIO

Este modelo muestra la importancia que tienen las personas para las instituciones dedicadas a brindar un servicio, son la razón de su existencia, todas las actividades se centran en las más importantes, el usuario, a continuación se describirán cada uno de los elementos que refiere de la Lama E.

El cliente. Es el centro de atención, es la razón de la existencia de la organización.

Servicio orientado al cliente. Los servicios que se brindan o se ofrecen, están adaptados en relación a los requerimientos de los usuarios, el personal es el principal receptor de las necesidades o requerimientos de los clientes.

Productos orientados al cliente. Los productos están diseñados en los requerimientos del cliente. Cuentan con estándares de calidad, constantemente son monitorizados, los productos que se ofrecen son mejorados en relación a las peticiones que se solicitan.

Sistemas orientados al cliente. Los sistemas que conforman la organización, apoyan al personal de contacto, son sistemas amigables que utilizan la información vertida por los clientes.

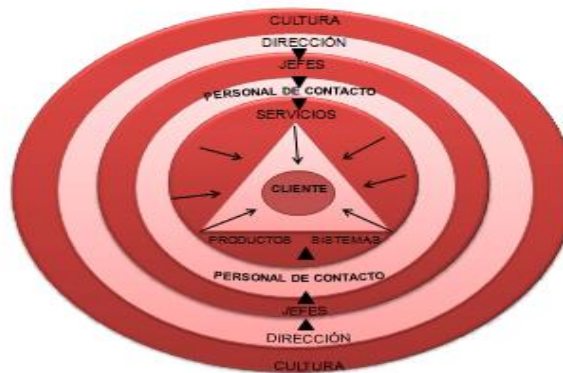
Personal de contacto orientado al cliente. El personal de contacto es aquel que directamente brinda atención a los usuarios, si este personal cuenta con una cultura de servicio, tendrá la oportunidad de detectar los requerimientos y necesidades, ante esta atención hace que el cliente califique positivamente el servicio y lo recomiende.

Jefes orientados al cliente. Este personal tiene un papel fundamental en el modelo de cultura de servicio, constantemente se encuentra en comunicación con el personal de primer contacto, debe lograr que su personal quiera cambiar y mejorar el servicio que brindan.

Dirección orientada al cliente. Área estratégica y fundamental para desarrollar un cambio en la organización, debiendo generar estrategias para el cambio hacia una nueva cultura.

Cultura de servicio. Abarca todos los elementos culturales de la organización.

Esquemáticamente de una organización centrada en la atención del usuario, todas las funciones o actividades están destinadas a su satisfacción.



Se aprecia la importancia que tiene el usuario para las organizaciones, el enfoque de trabajo es hacia las personas a las que está dirigido nuestro actuar, estamos refiriendo a la cultura.

CULTURIZACIÓN

Proceso en el que las personas viven experiencias para la adquisición de nuevos valores, es una forma de realizar actividades de interrelacionarse y de acercarse a los objetivos de la organización.

Etapa	Significa que la gente	Requisitos
QUERER	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quiera dar un buen servicio. ✓ Haga suyo los nuevos valores. ✓ Quiera modificar su comportamiento para dar un mejor servicio. ✓ Tenga puesta la camiseta de la compañía y de la nueva cultura. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alto nivel de satisfacción de necesidades individuales. ✓ Nuevos valores claros. ✓ Se identifique sus beneficios. ✓ Comunicación fluida. ✓ Insatisfecho con la cultura actual. ✓ Vocación de servicio.
SABER	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar un buen servicio. ✓ Tenga la experiencia, los conocimientos y las habilidades necesarias para desempeñar su nueva función orientada al cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El máximo de experiencia establecido. ✓ Adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para lograr los nuevos estándares. ✓ Desarrollo permanente. ✓ Comunicación clara. ✓ Constante retroalimentación. ✓ Innovación de tecnología.
PODER	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pueda ofrecer un buen servicio. ✓ Haga su trabajo en la manera que se espera con el apoyo de los factores del entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Filosofía y políticas congruentes con la nueva cultura. ✓ Sistemas que le apoyen a hacer realidad la nueva actuación. ✓ Productos que reúnan los nuevos requisitos de servicio. ✓ Jefes enfocados a facilitarle el trabajo y a delegarle.

Un proceso de culturización, implica generar un proceso de sensibilización en el personal, incluir desde directivos hasta personal de contacto o de atención a usuarios, introyectar en ellos un sentido de responsabilidad y pertenencia en el objetivo de la organización.

2.7 CARACTERÍSTICAS DE UNA ORGANIZACIÓN DE CLASE MUNDIAL

Poseer interés por satisfacer los requerimientos de sus usuarios implica capacitar a su personal para que desarrolle aspectos como; tener disposición para atender, poseer los conocimientos para resolver una situación, derivado de la experiencia del personal realizar una sistematización que contribuya a mejorar la actividad diaria, no caer en los ocho pecados señalados por De la Lama.

- ✓ **Accesibilidad.** El personal está disponible cuando el usuario lo requiere y se comporta de manera amigable, generando la sensación de que está siendo atendida con una persona que en cualquier instante pueden tratar una situación.
- ✓ **Competencia.** El trabajador posee los conocimientos y habilidades para desarrollar una actividad, a través de su trabajo demuestra que tiene capacidad para brindar una atención de calidad a los usuarios.
- ✓ **Actitud.** El personal muestra la intención de hacer las cosas, de querer apoyar a la gente, exhibe un sentido de urgencia e importancia al usuario.
- ✓ **Comunicación.** El usuario debe estar informado de los procedimientos y disposiciones en el hospital, garantizando el proceso de atención de calidad.
- ✓ **Credibilidad.** Los servicios que se ofrecen al usuario cumplen con sus requerimientos, el trabajador se comporta invariablemente con ética y responsabilidad.
- ✓ **Aspectos/innovación.** La institución se encuentra en ventaja en relación a otras, debido a que implementa nuevos servicios que son amigables con el usuario, lo que contribuye a la satisfacción de los usuarios.
- ✓ **Capacidad de respuesta.** Los empleados se caracterizan por su deseo de proporcionar un servicio que cumpla con las necesidades del usuario, las quejas y solicitud de información se da seguimiento y se resuelve de forma efectiva y rápida.
- ✓ **Resultados tangibles.** La institución documenta y difunde las evidencias del trabajo realizado, la calidad se mide y el reconocimiento constata el trabajo desarrollado.

Los puntos referidos anteriormente, muestran las características de una organización que planea sus actividades en relación a las necesidades de sus usuarios, en la medida que las acciones cubran una expectativa estarán en la posibilidad de ser consideradas como un ente que atiende con calidad.

2.8 LOS OCHO PECADOS DEL SERVICIO

Existen actividades que generan en los usuarios, preferencias o rechazo a ciertos lugares o preferir algún producto, la postura que tiene la persona es derivada de la experiencia agradable o desagradable, a continuación se mencionan los ocho pecados que refiere Muller (1999:63)

1. **La apatía (ley del sorbete).** Es una actitud que le dice al cliente: no me interesa tu situación o necesidad.
2. **La sacudida (ley del pescado).** Sacudirse al cliente a como dé lugar: este no es mi departamento.
3. **La frialdad (ley del hielo).** Hostilidad, impaciencia, frialdad que le dicen al cliente: apúrese me está molestando.
4. **La condescendencia (ley del sí).** Decir sí a todo, tratar al cliente como un ser no pensante y olvidarlo lo antes posible.

5. **La negación (ley del no).** Discúlpenos, no lo trabajamos, no es posible.
6. **El robotismo.** Gracias, el que sigue, sonrisa automática, cráneo vacío.
7. **La regla de tres.** Primero, la empresa; luego las políticas de la empresa; después, la empresa y sus políticas.
8. **El rebote (ley de la pelota).** Disculpe llame a la extensión..., o vaya al departamento de...

Es cotidiano que este tipo de actividades formen parte de la cultura de las instituciones, es debido a que no existe una planeación en calidad total, en donde se obtenga información de los usuarios, contribuyendo a elaboración de mejoras, si se desea estar en la mente de los usuarios por una atención positiva, se debe cambiar la forma de trabajo.

Servir a los demás a través del trabajo desarrollado, se debe entender como un valor humano, cada individuo en una organización posee los elementos necesarios para otorgar una atención que genere tanto en él como en los usuarios una satisfacción.

En síntesis, poseer una cultura de calidad, contribuye a que las actividades de los miembros de las instituciones estén encaminadas a la mejora continua, tener presente que realizar actividades bajo este proceso contribuirá a la satisfacción de la población, para ello, también es necesario poseer elementos que coadyuven al cumplimiento de la misión y visión, herramientas insoslayables cuando se desea desarrollar un trabajo de excelencia.

La creación de los círculos de calidad, surge de la iniciativa de personas que están convencidas de que los cambios en las organizaciones los realizan los trabajadores, su objetivo principal es cumplir con las expectativas de sus usuarios.

Para generar un cambio en las organizaciones es necesario que todos participen en los procesos de atención, cambiar la forma de realizar sus actividades, avanzar hacia la satisfacción de los usuarios, hacia una empatía, hacia un cambio en los servicios de salud.

El personal de contacto, es el que tiene relación directa con los usuarios, conoce sus requerimientos, proporciona información para realizar cambios que garanticen los procesos de atención, es esta la misión de los círculos de calidad. Para ahondar más en el tema, se presenta la propuesta de Peralta (2004:102).

2.9 MISIÓN DE UN CÍRCULO DE CALIDAD

- Contribuir a mejorar y desarrollar la organización.
- Respetar el lado humano de los individuos y edificar un ambiente agradable de trabajo y de realización personal.
- Propiciar la aplicación del talento de los trabajadores, para el mejoramiento continuo de las áreas de la organización.

Su funcionamiento se basa en que cada uno de los miembros tiene una habilidad para determinada actividad, lo que hace que haya una compensación con quienes no la tienen, dándose un proceso de complementariedad para la solución de situaciones que afectan la calidad del servicio.

2.10 Proceso de un círculo de calidad

1. Identificación de los problemas a abordar, estudiar las técnicas para mejorar la calidad.

En esta etapa del proceso, los integrantes se reúnen por primera vez, cada uno expone los problemas más frecuentes que se presentan en su área de trabajo, se realiza una lista de las problemáticas encontradas, posteriormente, se realiza una jerarquización de las mismas y se decide realizar un proyecto para resolver dicha situación.

2. Realizar una exposición a la dirección, en relación a la propuesta del grupo para atender alguna problemática.

Momento en que se transmite la idea a la dirección, etapa en la que se decide su ejecución o aplazamiento, en caso que no sea aprobado el proyecto, es necesario comunicarlo al resto del grupo para elegir otra solución a la problemática.

3. Ejecución de la solución o propuesta

Al momento de aprobarse el proyecto, el personal que integra el círculo de calidad comienza a trabajar con el personal de las áreas involucradas, de tal manera que se trabaje con el personal que vive la situación, promoviendo las medidas adecuadas para cambiar el escenario de trabajo.

4. Evaluación del éxito de la propuesta

Se realiza una evaluación del proceso, a través de la experiencia corregir o mejorar las propuestas de intervención.

Hasta ahora se ha mostrado cual es el objetivo de los círculos de calidad y la importancia que tiene para las organizaciones contar con grupos que tienen un fin en común, mejorar en todos los ámbitos para ofrecer un servicio que va mas allá de lo esperado el usuario.

2.11 Características de los Círculos de Calidad

Son grupos reducidos pueden participar desde cuatro hasta quince personas, pero el ideal es de ocho, se reúnen en periodos fijos, comúnmente es una vez a la semana, existe un dirigente, su función se basa principalmente en identificar y solucionar problemas cotidianos, los integrantes deben laborar en la misma área,

esto favorece a la identidad y la pertenencia, los miembros desarrollan sus actividades bajo la guía del jefe o supervisor quien también es miembro.

- ✓ La participación de los miembros es voluntaria y las decisiones se toman por consenso.
- ✓ Se reúnen una vez a la semana, en el horario de trabajo.
- ✓ Proceso de capacitación permanente.
- ✓ Debe recibir asistencia o asesoría interna o externa para analizar un problema.
- ✓ Realizar evaluaciones permanentes, para verificar que se esté proporcionando lo suficientes para que el círculo se mantenga.
- ✓ Surgen para mantenerse en constante cambio, adaptarse a los cambios que surgen en su contexto.

La operación de los círculos de calidad se contempla en dos etapas, la primera comprende a los empleados, derivado de sus actividades detectan situaciones que documentan y plantean a la gerencia, en un segundo momento es la gerencia quien decide su aprobación y ejecución, basados en una planeación.

2.12 Organización de los círculos de calidad

En el momento que las autoridades han aprobado la instalación de un círculo de calidad se debe iniciar con la organización para operarse, distinguiéndose dos puntos:

Peralta. (2004:105), señala la importancia que tiene el “comité de dirección del proceso”, refiriendo en primera instancia se conforman con los niveles más altos de la organización y sus funciones sustanciales son; coordinar las actividades necesarias para la introducción y el mantenimiento en operación de los círculos de calidad. Deciden acerca de la viabilidad de las propuestas que surgen de los propios círculos y en su caso vigila su instrumentación. Se recomienda no estar formado por más de 13 personas.

Objetivo de la comisión:

- ✓ Institucionalizar al círculo de calidad.
- ✓ Promover la participación de todas las áreas.
- ✓ Apoyar en la capacitación y operación de los círculos de calidad.
- ✓ Supervisar el programa de inducción.
- ✓ Constituirse en un referente dentro de la mejora continua.

La oficina de los círculos de calidad es la encargada de la administración del programa, son tres actividades fundamentales que deben desarrollar; elaboración del plan de introducción, vigilar su ejecución y controlar e informar los avances al comité de dirección.

Al momento de iniciar la capacitación, se requiere contar con otra persona que tenga el papel de instructor y asesor, esto debido a que a medida que van aumentando los círculos se requerirá de más personas encargadas del desarrollo.

Facilitador: es el responsable de dirigir las sesiones del círculo, es un enlace entre el círculo y el resto de la compañía, informa a la autoridad que apoya al grupo, una de las funciones primordiales es la capacitación a líderes y el apoyo de la creación de más círculos, además, es el contacto al momento que se requiere apoyo externo.

El líder del círculo de calidad: es el jefe natural del grupo de trabajo, una de las funciones primordiales es crear un ambiente de participación, a través, de utilizar técnicas de interacción que contribuyan a que cada miembro exprese sus puntos de vista y los integrantes escuchen, apoyan la toma de decisiones sin generar conflictos, además será el encargado de asegurar que los acuerdos se cumplan.

Instructor: persona encargada de la capacitación del personal, la temática de los cursos está dirigida a explicar las funciones de cada uno de los miembros dentro del proceso, posterior a este punto, se trabaja en relación al manejo de técnicas y herramientas para identificar y solucionar problemas.

Asesor: aconseja a los líderes en relación a la forma en que deben manejar las reuniones y solucionar problemas que se presenten durante el desarrollo del círculo, hace la presentación de casos a la gerencia, se reúnen con los líderes antes y después de cada sesión, con el fin de apoyar a organizar y evaluar el avance o retroceso.

Una de sus actividades fundamentales es, llevar el registro de progreso de los círculos, en caso necesario funge como mediador para la solución de problemas que puedan surgir.

El experto: es la persona que por su conocimiento científico o técnico está facultado para dictaminar la factibilidad de la solución o medida propuesta por el "círculo de calidad".

Poseer elementos que contribuyan a solucionar situaciones que se presentan en la organización es fundamental cuando se trabaja en relación a las necesidades del usuario a continuación se presentarán propuestas que se han utilizado en los círculos de calidad.

2.13 Técnicas fundamentales para solución de problemas:

Poseer técnicas que contribuyan a la ejecución de los círculos de calidad, es fundamental para garantizar el éxito no sólo del círculo, sino de todas aquellas actividades que se planean y se realizan en una organización, a continuación se presentan las opciones para dar seguimiento a problemáticas que afectan a la planeación.

2.13.1 Improvisación de ideas en grupo

Es básicamente una técnica, que permite se expresen de manera libre problemas o situaciones que impiden que se ofrezca una atención de calidad, es algo parecido a la lluvia de ideas, los participantes señalan problemas en su área de servicio.

2.13.2 Diagrama de flujo

Permite observar de manera esquemática los procesos que existen en las organizaciones, permitiendo detectar dónde existen situaciones extraordinarias o mejor llamada reprocesos, es decir, duplicar una actividad innecesariamente.

2.13.3 Diagrama de Pareto

Estos diagramas son herramientas utilizadas en programas de mejoramiento de la calidad, permiten observar qué provoca una deficiente atención. Jurán retoma el análisis realizado por Wilfredo Pareto al señalar que el 80% de la riqueza se encontraba en manos del 20% de las familias y dicho autor lo trasladó al área de la calidad y señaló que el 80% de los efectos de un problema se debe al 20% de las causas involucradas, las gráficas permiten;

- ✓ Concentrar la atención en lo esencial.
- ✓ Conocer las secuencias de un problema.
- ✓ Verificar cambios en el tiempo.
- ✓ Tener un impacto visual inmediato.

Cantú (1999:231) refiere: *“Es una gráfica de dos dimensiones que se construye listando las causas de un problema en el eje horizontal, empezando por la izquierda con aquellas que tienen un mayor efecto sobre el problema y van disminuyendo en orden de magnitud. El eje vertical se dibuja en ambos lados del diagrama: el lado izquierdo representa la magnitud del efecto provocado por las causas mientras que el lado derecho refleja el porcentaje acumulado del efecto de las causas empezando por la mayor magnitud”*.

2.13.4 Diagramas de causa y efecto

Este tipo de diagramas reciben el nombre de su creador Ishikawa o de espina de pescado, es una manera de esquematizar las posibles causas que generan una situación, afectando directamente la calidad de la atención, estos diagramas surgen de una lluvia de ideas que se presentan de manera gráfica.

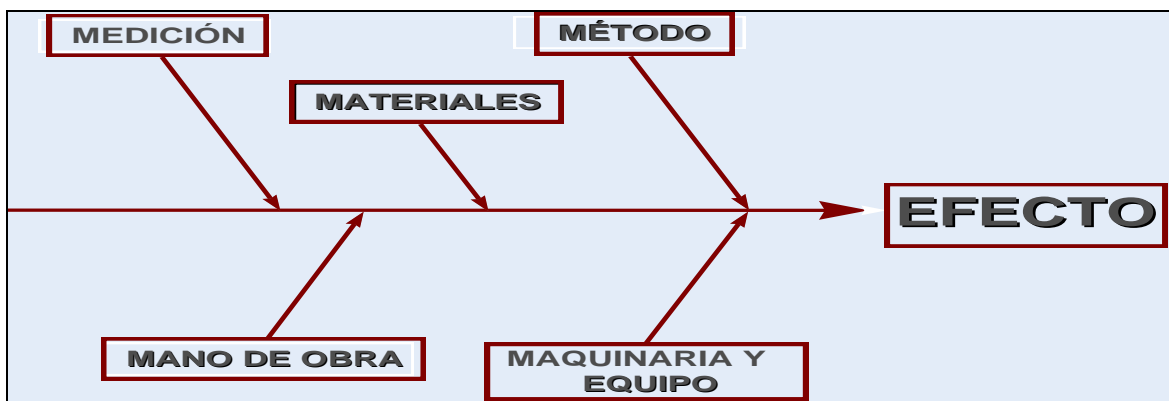
Ishikawa (1943) recomienda clasificar las causas potenciales en 6 categorías, las cuales son conocidas como las 6 M's: Materiales, Maquinaria, Métodos de trabajo, Medición, Mano de obra y Medio ambiente, señala, para desarrollar esta técnica es necesario realizar cuatro pasos fundamentales.

Primer paso, se debe conocer cuál es el problema o la situación que está afectando el proceso de una organización, esta se obtiene a través de una gráfica de Pareto, la información se obtiene derivado de la aplicación de un instrumento, allí se ordena la información de mayor a menor, detectándose cuál será la prioridad para trabajar.

Segundo paso, trazar una flecha y en la parte derecha se anota la problemática detectada o que se desea abordar.

Tercer paso, anotar los factores principales que pudieran estar causando el problema, haciendo uso de las 6 M's, si se detectan otras posibles causas se podrá anotar otro factor.

Cuarto paso, en cada una de las ramas trazadas, se debe anotar la causa que está generando se presente una problemática y que impide que los procesos se desarrollen como fueron planeados.



Esquema de Ishikawa.

Su utilidad principal es mostrar las relaciones existentes entre un problema y sus posibles causas, permitiendo un análisis de la situación para llegar a la solución de la problemática que afecta directamente a la calidad de la atención, una de las herramientas que permiten complementar esta propuesta son los Histogramas.

2.13.5 Histogramas

Para abordar una situación el primer paso es conocer la realidad que se va a intervenir para tener evidencia de la problemática, varios datos sin un orden tienden a perderse y no mostrar una necesidad.

Cantú (1999:229) señala, son una representación gráfica de datos, muestran la frecuencia de un evento cuyo valor cae en un rango preestablecido. La forma que tome un histograma proporciona pistas sobre la distribución de probabilidad del proceso de donde se tomó la muestra, por lo que se convierte en una herramienta útil de comunicación visual.

Pasos para la elaboración del histograma

Paso 1. Durante la toma de datos se deben seleccionar los más representativos del proceso o situación que se está abordando.

Paso 2. Identificar los datos más grandes y más pequeños y calcular e identificar rangos de valores entre estos dos, es necesario que sean variados, porque la representación puede cambiar en función del número de rangos.

Paso 3. Contar los datos que caen en cada rango y representar estas frecuencias mediante barras en las que se visualicen los rangos existentes, a través de gráficas en escala horizontal.

Posterior a la elaboración de la gráfica se realiza el análisis de los datos y se interpretan los mismos, resaltando las áreas de oportunidad.

2.13.6 Hojas de verificación

Son conocidas como de comprobación o de chequeo, su utilidad es la recopilación, análisis de información y control estadístico para corroborar constantemente si se ha recabado información solicitada o si se han desarrollado acciones que contribuyan asegurar el proceso y los servicios.

En relación a la hoja de verificación, Cantú señala; es un esquema general, debe contener los siguientes elementos, en la parte superior se anotarán los datos generales del proceso, variables que se están midiendo, en la parte inferior se anotarán los resultados de la medición que se realizó.

2.13.7 Análisis de costo-beneficio

Esta herramienta muestra de manera esquematizada propuestas, costos y beneficios que se tendrían al realizar mejoras a las actividades actuales, hacer una evaluación entre lo que se hace actualmente y cómo se podría hacer, mejorando los costos y beneficios.

2.14 Qué es la Garantía de la Calidad

El término ha cobrado mayor interés en las instituciones y más en aquellas dedicadas a la salud, resaltar la necesidad de prever situaciones que impacten directamente en el servicio que se ofrece, Álvarez (2003:127) refiere que *“Garantía significa asegurar o proteger contra un riesgo y responder de la calidad de algo, en el servicio de prestar salud se debe entender como la protección de los pacientes contra los diferentes riesgos del manejo de su salud y de la obligación ética por parte de los profesionales por sus acciones”*

Para hacer referencia a garantía de calidad, debemos señalar los dos elementos fundamentales de los que está compuesta:

a) **El diseño del sistema:** características del sistema de atención que contribuyen a que se brinde una atención de calidad.

b) **La monitoría del desempeño:** permite conocer el desempeño de un sistema, plantear alternativas para mejorar ciertas situaciones del proceso de atención.

Según Donabedian existen dos componentes inseparables en la garantía de calidad; el diseño y la monitoría, es importante señalar que son dos componentes inseparables y de apoyo mutuo.

Al respecto Álvarez (2003:131) señala; un sistema de garantía de calidad es el conjunto de instituciones, normas y requisitos que deben cumplir sus integrantes para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio a un costo razonable y con el menor riesgo posible.

Para garantizar una atención de calidad, es necesario desarrollar actividades concatenadas que contribuyan a prevenir o en su momento resolver inquietudes de los usuarios, resaltando en el caso del área de la salud la necesidad de llevar a cabo la promoción, prevención y atención, garantizándose la calidad de vida de las personas a un costo menor al que se tendría que realizar por una cuestión curativa.

Mejía (2004:21) refiere *“En una empresa de salud la garantía de calidad es asegurar la calidad del servicio, de modo que se gane la plena confianza del cliente y su completa satisfacción. La exigencia en una empresa de salud es mayor si se tiene en cuenta que el servicio va dirigido a lo más preciado del ser humano, como es la garantía de su propia vida.”*

La garantía de calidad está enfocada hacia el control total como un sistema que integra todos los esfuerzos, de forma tal, que sea posible otorgar servicios a costos menores y que a su vez tengan un impacto positivo en el estado de salud del paciente y la satisfacción de la familia.

La monitoría o evaluación del desempeño, es un aspecto más de la garantía de calidad, tiene como objetivo primordial conocer de manera integral el funcionamiento de un sistema, en particular con el fin de conocer cuáles son las desviaciones en la prestación del servicio y realizar correcciones a tiempo antes de que una insatisfacción de una persona se vuelva en una queja de varias personas que dañe la imagen de la institución.

Donabedian (en Álvarez 2003:132) señala *“es una propiedad de la atención médica, que puede ser obtenida en diversos grados, para lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos*

recursos (al menor costo). Es decir, el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”.

Para realizar una evaluación lo primero es, elaborar indicadores o estándares para el personal de tal manera que permitan realizar un comparativo entre la forma en que están desarrollando sus actividades y cómo las deberían estar ejecutando, permitiendo conocer el grado de apego a los manuales de procedimientos de cada una de las áreas involucradas en un proceso, haciendo referencia a; estructura, proceso y resultado, para realizar estas actividades es necesario efectuarlas a través de auditorías internas o externas para evaluar los servicios o los procesos efectuándose en:

Licenciamiento o habilitación: proceso de evaluación tanto a una institución como a un profesional con la finalidad que cumpla ciertos requisitos tanto para desarrollar su profesión y para las instituciones el brindar algún servicio.

Acreditación: proceso de evaluación formal, al que se somete una institución de manera voluntaria con el único objetivo de corroborar si sus procesos y sus productos son de calidad en relación a estándares internacionales.

Certificación: proceso mediante el cual una institución autorizada evalúa y reconoce que una institución o una persona cumple con ciertos estándares o criterios establecidos, cuando se habla de certificación se refiere a personas y se le llama acreditación cuando el proceso está encaminado a instituciones.

2.15 Manual de garantía de calidad

Es un factor importante dentro del desarrollo de un sistema de garantía de calidad, debido a que debe contener los estándares para evaluar la atención que se otorga a los usuarios, requiere señalar el compromiso que tiene la dirección al garantizar la atención que brinda, además, en su elaboración se debe tomar en cuenta lo establecido en las Normas indicadas en ISO-9004-1.

“La ISO-9004-1 es un Sistema de Gestión de la Calidad, esta Norma Internacional es aplicable a los procesos de la organización y por lo tanto se pueden difundir en la organización los principios de gestión de la calidad en los que está basada. El objetivo de esta Norma Internacional es la consecución de la mejora continua, medida a través de la satisfacción del cliente y de las demás partes interesadas.”

Al respecto Álvarez (2003) propone que las instituciones deben poseer un manual de calidad, tanto para los usuarios como para el personal, con el fin de tener presente el objetivo de la organización, describiendo las metas y procedimientos para llegar a ellas.

Es de notar la importancia que tiene el manual de calidad, en él se puede apreciar cuál es el fin que persigue la organización y como busca satisfacer la atención de los usuarios, dejando en claro, la razón de la existencia y que el trabajo

desarrollado, además de beneficiar a la organización, también satisface los requerimientos del usuario y del prestador del servicio.

2.16 Gestión de la Calidad

Es un conjunto de acciones encaminadas a, planificar, organizar y controlar los aspectos de la calidad en las organizaciones y consta de los siguientes aspectos:

- ✓ Definir las políticas de calidad en relación a los principios y el área de atención de la organización.
- ✓ Los objetivos deben ser claros y en relación a las políticas de la organización.
- ✓ Planificar en relación a los objetivos planteados, generar estrategias que vayan en relación a estos.
- ✓ Realizar una planificación de las funciones y responsabilidades dentro de la organización.
- ✓ Seleccionar y formar al personal para cada actividad y puesto dentro de la organización.
- ✓ Estimular la gente para el logro de los objetivos.
- ✓ Controlar el desarrollo de los programas establecidos para realizar las medidas correctoras.

Lloréns y Fuentes (2000:39) refieren que *“La gestión de la calidad abarca el conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar y controlar la función de calidad en una empresa, esta tarea consta de los siguientes aspectos”*:

- Lo primero es definir las políticas de calidad de la institución en relación a los principios de la misma en relación a su campo de acción.
- Establecer objetivos que tengan relación con las políticas de la institución.
- En relación al objetivo planteado elaborar una planificación, para tener claras las estrategias y los recursos a utilizar.
- Organizar las funciones y responsabilidades.
- Seleccionar y formar al personal que ocupará algún puesto de trabajo.
- Motivar a la gente para el logro de los objetivos planteados.
- Controlar lo planeado y estableciendo medidas de corrección.

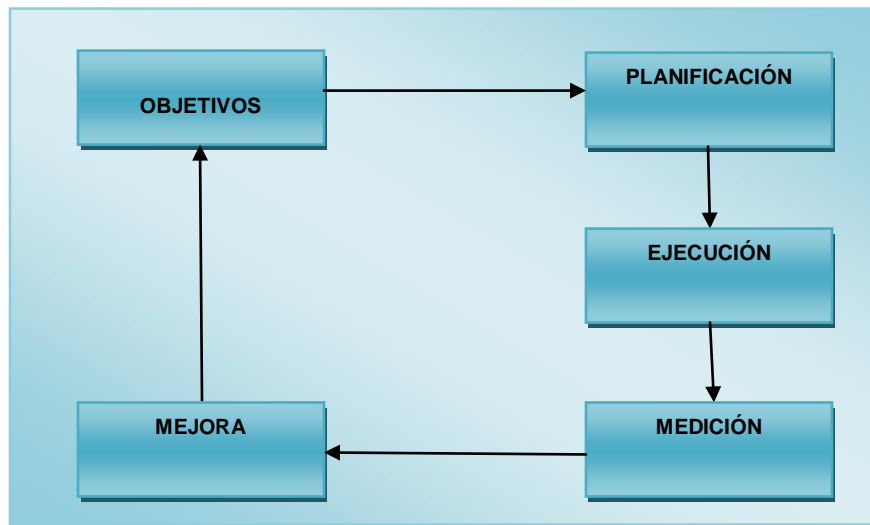
Según el Instituto Superior de Estudios Empresariales (1995), elevar la calidad, equivale a obtener ventajas en el campo de intervención, para ello, recomienda las siguientes acciones:

- Satisfacer las necesidades o requerimientos de los clientes adaptando tanto los productos como servicios ofertados.
- Responder a tiempo a sus expectativas dentro de un marco de profesionalismo.
- Aumentar el valor que el cliente recibe con el producto o servicio que se le otorga.
- Disminuir costos asociados a la mala calidad

- Hacer a la organización más flexibles y adaptable, a través de la mejora de los procesos.
- Mejorar el servicio ofrecido.
- Mejorar la percepción que tiene el usuario en relación al servicio que se le otorga.

Las instituciones deben contar con instrumentos para conocer constantemente las necesidades de los usuarios, permitiendo realizar una planificación que contribuya a trabajar en relación a éste y no a la organización, además, propicia disminuir costos y cambia la percepción del servicio que se brinda.

CICLO DE LA GESTIÓN



Instituto Superior de Estudios Empresariales (1995:24)

El esquema muestra el proceso de intervención en el ciclo de gestión de la calidad, la fase fundamental del proceso es que existan situaciones que deban mejorarse, esto se obtiene a través de realizar un diagnóstico basado en costo beneficio, se fijan los objetivos que se quiere mejorar, cambiar o implantar, con la visión de qué se desea cambiar y a dónde se quiere llegar, se elabora una planificación de las acciones que se desean realizar y se llevan a la práctica, teniendo como base el trabajar en el cumplimiento de los objetivos, todo gira en torno a ellos, ahora se deben establecer instrumentos para medir las actividades que se planearon y se ejecutan, utilizando por ejemplo las gráficas de Gantt, en el seguimiento se aprecia, hay alguna desviación con lo planeado se procede a replantear las actividades para llegar al cumplimiento de los objetivos.

En este tipo de ciclos, cada etapa o momento son fundamentales, un mal diagnóstico generará que los objetivos no se planteen correctamente y los resultados no serán los esperados.

Álvarez (2003:128) refiere que *“La gestión de la calidad es un aspecto operacional de la garantía de calidad. Si se enfatiza la evaluación y la monitoría, se constituye en una estrategia de aseguramiento, de tal manera que el aseguramiento sería el establecimiento de estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente, con lo cual se asegura un nivel mínimo de calidad”*.

2.17 Evaluación de la Calidad

Hablar de evaluación nos remite a calificar, medir, contar, etc., evaluar las actividades desarrolladas en los centros de trabajo, es una herramienta fundamental para la planeación de estrategias, que contribuyan a mejorar o cambiar ciertos aspectos de un lugar en específico, permite además, monitorizar las actividades previamente establecidas, para realizar un análisis entre lo planeado y lo ejecutado de ser necesario elaborar los ajustes y llegar al cumplimiento de los objetivos y metas.

2.18 Calidad total

Se refiere básicamente a la satisfacción del cliente a través del mejoramiento de los procesos de producción, pudiéndose identificar tres grandes enfoques.

El control de la calidad: acciones realizadas con la finalidad de verificar que el producto se está ofreciendo en relación con las especificaciones planeadas.

El aseguramiento de la calidad: estrategias sistematizadas que buscan brindar la confianza al usuario de que el servicio cuenta con las especificaciones, este requiere de un manual de todos y cada uno de los procesos con la finalidad de que el área de auditoría realice evaluaciones y observar dónde se están cometiendo errores, los cuales están reflejando una baja en los servicios.

En relación al aseguramiento de la calidad, Mejía (2004) señala que es un sistema donde se concentran todas las actividades de la organización, refiriendo el nombre de la persona, equipo, sistema, presupuesto, tareas que se deberán cumplir para garantizar el funcionamiento y cumplimiento.

La calidad total: estrategia orientada a satisfacer las necesidades de todos aquellos que intervienen en el proceso, cliente, trabajadores hasta los dueños de las organizaciones, cada uno cubre su necesidad.

2.19 Principios de la Calidad Total

Son las mejores prácticas llevadas a cabo en la gestión de las organizaciones.

Liderazgo: acciones orientadas y coordinadas hacia la eficiencia de la organización.

Orientación hacia el cliente: todas las acciones y procesos van encaminadas a la satisfacción del cliente, todo lo que se realiza repercutirá en el cliente final.

Responsabilidad compartida: todos los individuos involucrados en un proceso son responsables de sus actividades y del producto o servicio.

Aplicaciones de la mejora continua: al interior de las organizaciones se realizan procesos, si no se llevan a cabo en pleno cumplimiento de los estándares van a afectar a otras áreas, se requiere aplicar una estrategia de mejora, la cual se realizara en cuatro fases: **Planificar, Hacer, Verificar y Actuar** (siglas en inglés **PDCA**):

“Planificar (plain): qué se desea hacer, políticas y objetivos.

“Hacer (do): llevar a la práctica lo que se planeo previamente.

“Verificar y analizar los resultados (check): realizar un análisis entre lo planeado y lo obtenido

“Actuar (Act): realizar acciones para ajustar, corregir o en su caso mantener, actuar en relación a lo que se esté presentando en determinado momento.

Gestión por procesos: pasos a seguir dentro de la organización para generar servicios, consta de los siguientes pasos:

- 1 **Gestión con datos e indicadores:** en ocasiones se tiene la tendencia a tomar decisiones referentes a las opiniones. Los datos suelen requerir un esfuerzo para transformarlos en información que permitan tomar decisiones acertadas.
- 2 **Trabajo en equipo:** un equipo eficaz es mucho más potente que la suma de los potenciales individuales de cada una de las personas que lo constituyen.

El área industrial busca a través de la elaboración de modelos satisfacer las necesidades del público consumidor, incluir dentro del proceso de producción al cliente, a final de todo el proceso decidirá si el producto, bien o servicio cumple con sus requerimientos.

Es necesario que las organizaciones comiencen a trabajar dentro de los estándares de la calidad total, todos los actores deben satisfacer cada una de sus necesidades, a continuación señalaré algunos conceptos relacionados con este tema.

Gomis y Valero (1990) definen la calidad total como un sistema de gestión que toma en consideración todas las actividades de la organización, en especial atención en el cliente interno y la mejora continua.

La empresa Procter & Gamble (1987) define la calidad total como un proceso de la mejora continua, se basa en un mejor control y conocimiento de todo el sistema, considerando dentro de éste al diseño de productos, proveedores, materiales, distribución, información, etc., que los productos recibidos por los clientes se encuentren en las mejores condiciones.

La Asociación Española para la Calidad (1987) en una publicación de su comité de calidad refiere los conceptos básicos de la calidad total, comparándolos con los señalados por criterios clásicos, entre ellos se encuentran:

- El criterio clásico de la calidad señala que sólo afecta al producto o al servicio, en la calidad total abarca a todas las áreas y procesos de la organización.
- El criterio clásico señala que la responsabilidad sobre la calidad es sólo de los departamentos responsables del producto o servicio, en la calidad total, cada uno de los miembros del proceso tiene un compromiso con la organización, sin importar el puesto que ocupe dentro de esta.
- La concepción clásica es que los clientes son personas ajenas a la organización, en la calidad total se destaca que cada persona es proveedor y cliente interno o externo.
- El criterio clásico es detectar y posteriormente se corrige, en la calidad total se pone énfasis en la prevención hasta hacer las cosas bien a la primera.
- En relación a actitudes personalistas, la calidad total tiene como fin primero la participación y compromiso de sus miembros, su único objetivo es la satisfacción de sus miembros.

La Asociación Española para el Control de la Calidad (1987) destaca otros aspectos fundamentales que se integran en la filosofía de la calidad total:

- El fin fundamental de la organización es ser competitiva en el ramo en el que actúa, para ello se requiere actitud positiva hacia el trabajo y dentro de la filosofía de la mejora continua, para ello, se requiere la participación de todos los miembros.
- El capital humano es el factor más importante en el sistema de calidad total.
- El trabajo en equipo es determinante para llegar a la calidad y fundamental en el proceso de la mejora continúa.
- La comunicación, la información y la participación son elementos indispensables en el éxito de un sistema de calidad total.
- La prevención del error y la eliminación de los defectos son los objetivos fundamentales en las organizaciones de la calidad total.
- La calidad total requiere de objetivos de mejora y el seguimiento de los resultados.

Pola (1988) entiende por calidad total, programa global de una organización en el que cada persona y departamento tienen una función de cliente y proveedor, ya sea de productos, servicios, información, etc.

2.20 Calidad total y satisfacción del cliente

Tener un enfoque hacia el usuario es fundamental cuando se desea permanecer en la mente de las personas de manera positiva, las organizaciones tiene un enfoque hacia el mercado a quien se dirige, es necesario conocer cuáles son las necesidades de las personas para trabajar en necesidades reales y no en lo que cree la prestadora del servicio.

Experiencias de organizaciones que han incluido en su proceso a las personas a quien dirigen su actuar, han demostrado que son más aceptadas y su éxito está garantizado.

Lloréns (2001:40-41) refiere que *“El principio más importante de la calidad total es la orientación al cliente. La justificación de este principio se halla en la creencia de que la satisfacción del cliente es el requisito más importante para el éxito organizacional a largo plazo y se necesita que la organización al completo se encuentre en el cumplimiento de sus necesidades”*.

Una institución que tiene como fin primordial incluir en su proceso al usuario, es una organización que está trabajando en su permanencia en el mercado, se empodera, de forma que las personas tienen referencias satisfactorias y hacen recomendaciones positivas del servicio que se ofrece.

2.21 El cliente y el proveedor interno

En el ambiente de calidad total, se tiene una concepción integral de la organización, se entiende que existen procesos que cada uno de los miembros es indispensable, además, tiene una actividad específica que contribuye a que el servicio o producto cumpla con las necesidades del usuario.

Dentro del programa de calidad total, el personal tiene asignada una actividad en especial y se encuentra en constante interrelación con otras personas u otras áreas, teniéndose un ciclo, en ocasiones es cliente porque su actividad depende otras personas y es proveedor al momento que otras personas dependen de él.

Lloréns (2001) señala con este modelo a la figura del cliente, se tiene la consigna que se debe actuar con los demás como se desearía que nos tratarán, el fin primordial la satisfacción del cliente o usuario, garantizando la permanencia de la organización en el mercado en el cual compita.

Trabajar dentro del esquema de la calidad total, se va tomando consciencia y se desarrolla un sentido de empatía de forma que se trata o se otorga un servicio a las personas, como se quisiera que nos los brindaran a nosotros, permitiendo cumplir con un requerimiento o petición de otras personas, generando que se vaya trabajando bajo el contexto de que las cosas pueden hacerse cada día mejor.

2.22 La mejora continua

Las organizaciones que trabajan dentro de los estándares de la calidad total, necesariamente deben tener establecida la mejora continua, consiste en hacer las actividades cada día mejor, lo que existe o lo que se hace puede mejorarse.

La mejora continua, es una de las características fundamentales de las organizaciones que satisfacen los requerimientos de sus usuarios o clientes, son instituciones que están observando las necesidades del mercado, cada día van adecuando sus procesos, el objetivo fundamental el enfoque al cliente.

En relación a este concepto Lloréns (2001) señala que es una política de mejora constante y gradual del producto o servicio, estableciendo una estandarización de los resultados, logrando implantar constantemente niveles más altos de calidad.

La mejora continua, es un proceso que parece fácil, pero tiene toda una metodología, que contribuye a garantizar el éxito, primero se debe conocer cuál es el problema que genera que no se brinde una atención que vaya más allá de lo que espera el usuario, es necesario hacer un diagnóstico de la situación, es insoslayable la experiencia del personal operativo, ellos conocen la problemática y qué lo genera, se inicia de manera progresiva, haciendo uso de esquema de Ishikawa, hoja de control, gráficas de Pareto, análisis de costo-beneficio, herramientas fundamentales en la monitorización de los cambios.

Una mejora se debe monitorizar constantemente, para observar en qué momento hay una desviación de lo planeado, evitando errores y reprocesos en la ejecución del plan.

CAPÍTULO 3

LOS GRUPOS COMO GENERADORES DE CONOCIMIENTO EN CALIDAD

Los individuos siempre están relacionados con algún grupo, esto se debe a que constantemente están en interacción para el logro de algún objetivo, en el desarrollo de esta investigación, se resalta el trabajo realizado entre las trabajadoras(es) sociales, cuando comparten experiencias relacionadas con su ámbito de trabajo, contribuyendo a la elaboración de estrategias de atención en el área de la salud.

3.1 Trabajo con Grupos

El individuo es un ser que constantemente vive en interacción con personas, tiene varios roles, en cada uno de los espacios tiene una función específica, se reúne para un fin determinado, ese objetivo planteado permite que las actividades se vayan realizando de manera que buscan llegar a la meta.

En relación a este tema Salanova (1987) refiere que las personas no viven de manera aislada, la mayoría de las veces se atienden y se resuelven de manera colectiva, logrando cambios significativos.

Una de las necesidades básicas del individuo es la comunicación y la interacción con otras personas, desde que nace se desarrolla dentro de un grupo que es la familia, con ellos aprende formas de comportamiento que le facilitan la interrelación con el medio que lo rodea, durante este lapso se van generando lazos de amistad con otros individuos o instituciones de dos maneras, una por elección libre y otra por necesidad, en la primera se presenta una relación natural, en la que la persona desea crear un vínculo porque es su deseo y el segundo es por necesidad u obligación, grupos en los cuales la persona no tiene opción de elegir entre uno y otro, esto se aprecia en los centros de trabajo, escuela, el individuo convive con otras personas por que tiene un fin común.

García, Robles, Rojas y Torelli (2008:138) refieren que *“El grupo se erige como ámbito y a la vez como instrumento del aprendizaje, puesto que es el marco específico donde se desarrolla la interacción con otros/as protagonistas del proceso de aprender.”*

En el trabajo con grupos se presentan procesos de retroalimentación, permite que sus integrantes realicen aportaciones que contribuyan a generar nuevos conocimientos para la intervención o para la toma de decisiones, obtener un conocimiento en aspectos de calidad en los servicios de salud.

Se llama grupos sanos a aquellos que son de tipo ideal, tienen como fin alcanzar su objetivo y que a su vez estimule el crecimiento de sus miembros, a través de rescatar los aspectos positivos del individuo, explotando al máximo su creatividad,

permitir la libre forma de pensar, teniendo como alto valor el respeto entre sus integrantes.

González (1987:17) define a un grupo como *“la reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se incluyen entre sí, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en donde todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes a él y rigen su conducta en base a una serie de normas y valores que todos han creado o modificado”*.

El trabajo con grupo es uno de los niveles de atención en el Trabajo Social en donde se da un proceso educativo y socializador, que tiene como fin el fortalecer la individualidad, la cooperación y la responsabilidad en beneficio de todos los miembros.

Aguilar (1989:4) comenta que *“Existe un acuerdo generalizado entre los psicólogos sociales en relación a que el grupo es una realidad nueva y distinta de la simple suma de los individuos que la forman. Se considera así mismo, que el grupo tiene una dinámica distinta a la suma de las fuerzas individuales. Con esto se quiere decir que el grupo, como consecuencia de la interacción entre sus miembros, se convierte en una fuente de energía y capacidad desconocidas para los individuos aislados.”*

Esto quiere decir, que cada uno de los miembros del grupo es una fortaleza que contribuye a que el objetivo se cumpla de la mejor forma posible, así derivado de su composición y finalidad existen clasificaciones que los hacen diferentes unos de otros.

3.2 Tipologías y clasificación de grupos

En Fernández y López (2006) señalan que existen los siguientes tipos de grupos:

Grupo primario: se observa básicamente en la familia, es el primer espacio de interacción que tiene el hombre cara a cara con las personas que le rodean, las normas son aprendidas, respetadas y reforzadas, uno de los motivos que los une son la lealtad y el interés, la formación en esta etapa es fundamental en el desarrollo de su vida y por supuesto en los grupos a los cuales pertenecerá.

Grupo secundario o interés: se constituyen de manera más conscientes, es decir, hacia el deseo o motivación que tiene el individuo, un ejemplo de ellos puede ser: los partidos políticos, una asociación de vecinos, personas que se reúnen por un interés en común y que los hace interactuar con un fin específico.

Grupo natural o espontáneo: se reúnen sin haber una convocatoria previa, entre las características más sobresalientes se encuentran; igualdad de edad e intereses pudiendo ser estos, la familia o el grupo de amigos.

Grupos artificiales u obligatorios: este tipo de grupo se constituye por personas que pueden tener poca o nula relación, desconocen totalmente las tareas que se ejecutan, generando en las organizaciones un bajo nivel de calidad en la atención y no garantizando los procesos.

Grupos excepcionales: compuesto por personas que han tienen amplias capacidades y que han sido habilitadas en tareas no habituales.

Grupos formales: son personas que tiene objetivos comunes, su trabajo se desarrolla dentro de un sistema de autoridad, antes de integrar el grupo se señalan una serie de normas, formas de comunicación, distribución de poder, lo que permite a sus miembros conocer el rol o status que ocuparán dentro del grupo, la característica principal es la planeación

Grupos informales: se conforman por una necesidad que tienen las personas, su formación es de manera espontánea, no existen normas fijas, su actuar se basa en acuerdos y costumbres, no existe una planificación.

Grupos abiertos: existe flexibilidad permite el ingreso y egreso de miembros, los cuales tienen la libre elección de permanecer o no en el grupo

Grupos cerrados: no permiten fácilmente el ingreso y salida de miembros, esto es por acuerdos previos, en los cuales se establecen normas de ingreso, este tipo de organizaciones lo que busca es conservar información, tradiciones, etc.

Grupos temporales: son personas que se reúnen con un fin transitorio, se cumple el objetivo bajo el cual se constituyeron y se disuelve.

Grupos permanentes: Individuos que se constituyen para permanecer juntos, aunque pueden existir algunos cambios pero estructuralmente se mantienen, un ejemplo de ellos es la familia y las personas que se reúnen con el objetivo de realizar mejora continua.

En Fernández y López (2006:48) refieren que *“Trabajo Social con grupos puede definirse como aquella especialidad dentro del trabajo Social que se orienta a recuperar y fortalecer, mediante la interacción grupal, y la realización de actividades de grupo las capacidades sociales de los ciudadanos, para aumentar su enriquecimiento personal y mejorar sus funcionamiento social”*

Trabajo Social desde sus orígenes ha tenido como campo de acción la intervención con grupos, unos de los primeros trabajos en este ámbito se presentó en la National Conference of Social Work en 1935 con el título de trabajo de grupo y cambio social, ha recurrido a otras disciplinas como la psicología para hacer uso de sus planteamientos teóricos y mostrar trabajos realizados.

Uno de los objetivos primordiales de trabajar con grupos, según Fernández y López (2006:12) es *“Capacitar a las personas a través de un método eficaz que aumenta su enriquecimiento personal y su funcionamiento social, con el fin último de integrarse en nuestras sociedades complejas.”*

Trabajo Social a través del intervenir con grupos busca que los individuos, aprendan nuevas habilidades y conocimientos, que permiten desarrollar capacidades para interactuar con el medio, la educación forma uno de las actividades sustanciales dentro del ámbito social.

Según Friedlander existen 5 métodos para trabajar con grupos refiriendo los siguientes:

- 1) **El método dictatorial o autoritario:** se caracteriza por que el jefe o quien dirige al grupo ordena las actividades que deben realizar los miembros, sólo se dedican a obedecer y a cumplir con lo indicado.
- 2) **El método de personificación:** en este apartado los miembros sólo imitan las actividades que realiza el líder, sin explorar sus potenciales o capacidades para desarrollar ciertas actividades.
- 3) **El método perceptivo:** los miembros sólo se dedican a seguir instrucciones no permitiendo desarrollar sus potenciales.
- 4) **El método manipulativo:** se centra en aceptar un programa realizado por el jefe, pero se le hace creer a las personas que el grupo tomó la decisión.
- 5) **El método de capacitación:** se desarrolla un trabajo de colaboración entre los miembros, compartiendo responsabilidades durante la vida del grupo, contribuye a que los integrantes muestren sus ideas y destrezas y permita tomar decisiones que los beneficien.

Friedlander (1973:193) comenta que *“El principal objetivo en el proceso de Trabajo Social de grupo es estimular la iniciativa, la conciencia y la capacidad para que el grupo se dirija a sí mismo.”*

Los individuos inevitablemente se encuentran aislados de todo el contexto que le rodea, es imposible que no tenga interacción con otras personas, dándose un proceso de integración dentro del medio en el que vive, originando una serie diversa de grupos sociales. Según Fernández y López durante el proceso de interacción se han observado tres características fundamentales:

- **La interdependencia:** los individuos, al pertenecer a un grupo presentan una relación mutua que contribuye a que el fin de este se vaya cumpliendo, durante este proceso existen dos factores fundamentales en el éxito o fracaso, el primero es la motivación por la pertenencia, esto se observa cuando a las personas se les pide realizar una actividad o interactuar con

otras personas que pudieran no ser de su agrado, propiciando una falta de impulso para efectuar cierta actividad. Un segundo momento es cuando se puede realizar una combinación de objetivos, en el que al cumplirse con el institucional también se logren cubrir los intereses comunes o antagónicos.

- **La interacción:** relación existente entre los miembros del grupo, derivado de la interdependencia se van creando roles y estatus, propiciando que existan normas que permitan una mejor relación entre los miembros para aumentar el nivel de cohesión, en función del grado de relación entre los integrantes puede existir una satisfacción o insatisfacción, es inevitable que existan los procesos de evaluación para conocer el estatus del grupo, evitando en la medida de lo posible la insatisfacción de sus miembros.
- **Identidad:** conciencia colectiva se genera a partir de que cada integrante realiza ciertas actividades, se relacionan y comparten objetivos, por ser miembros del grupo comparten características lo que va generando una identidad en común.

De las características antes señaladas, no necesariamente deben presentarse de manera simultánea, por ejemplo, en el grupo de Trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez”, existe un fin y una identidad en común, satisfacer una necesidad social de los usuarios, en ocasiones llega a existir interdependencia e interacción y en otras no, lo que es importante rescatar es que buscan el bienestar del paciente y su familia.

3.3 Trabajo Social con grupos y calidad

La calidad es un proceso, no es exclusivo de un país, de alguna profesión, de alguna escuela, etc. en este momento todas las personas deben actuar en relación a cubrir necesidades propias o de otras personas, a través, de acciones que contribuyan a cubrir sus requerimientos.

Esta interacción del individuo, ha generado que en las sociedades o en los espacios donde se desarrollan las personas existan situaciones que deben ser atendidas, en este caso trabajo Social tiene un amplio campo de acción que le permite analizar y entender para intervenir en problemáticas sociales, que en la mayoría de las veces generan que exista un avance o un retroceso, lo realmente importante es como disciplina de las ciencias sociales, aborde situaciones que impiden el avance de las personas hacia escenarios de mayor satisfacción.

Galeana (en Sánchez 2004:139) *“Es fundamental señalar que el objeto de intervención y/o estudio está determinado por las relaciones sociales que establece el hombre para su supervivencia y desarrollo.”*

En este sentido, el trabajador social establece una relación con la realidad en la que desea incidir, fase fundamental en el quehacer profesional, para intervenir en la realidad, se debe primero conocer la problemática social, esto es básico cuando

se tiene la intención de contribuir al cambio, no se puede intervenir sin haber realizado una exploración del campo que se desea abordar, esta fase es fundamental e interesante, este es el momento en el que la teoría y la práctica convergen para dar respuesta a una realidad.

Tello (en Sánchez 2004:133) refiere que *“El futuro ya empezó. Trabajo Social es una profesión que tiene que estar presente. Hagámosla, por la calidad de su trabajo, por el rigor de sus planteamientos, por el éxito de sus programas, la profesión indispensable de y para la sociedad del siglo XXI”*.

La metodología utilizada en los trabajos realizados en los programas de calidad, es la misma que trabajo social utiliza al momento de intervenir para transformar espacios, lo primero es detectar una necesidad, investigar lo referente a la situación, realizar un diagnóstico, planear la intervención, ejecutar lo planeado y evaluar, sólo hay que adecuar las herramientas.

CAPÍTULO 4

LA INTERACCIÓN SOCIAL COMO PROCESO DE APRENDIZAJE Y SU SIGNIFICADO

El individuo se encuentra en constante interacción con otras personas que le permiten aprender esquemas de comportamiento que contribuirá a ser considerado de un grupo en particular, por ello, es necesario conocer los procesos que se desarrollan en la teoría del aprendizaje social.

4.1 Teoría del aprendizaje social

Para el desarrollo del presente trabajo se eligió esta teoría, porque hace referencia al conocimiento que adquieren los individuos derivado de la interacción con otros, compartir experiencias generan que las personas tomen una postura ante situaciones que vive a diario.

El individuo es un ser social desde que nace se encuentra en constante interacción con el medio que le rodea, derivada de esta relación va adquiriendo conductas y comportamientos que no sólo le van a permitir ser parte del grupo social, sino que le ayudará a identificarse.

El primer grupo social con el que tiene contacto es con la familia, aprenderá formas de comportamiento, contribuyendo a hacerlas suyas por medio de su experiencia personal o derivado de la observación pudiendo ser positivas o negativas.

La conducta del individuo es una forma de adaptarse al medio en el cual se desarrolla, existe siempre un proceso de acoplamiento a las circunstancias que se presentan a su alrededor.

El individuo aprende de otros a los que se encuentra vinculado, va haciendo suyas conductas propias de su medio, generándose en ese momento un proceso de cultura en el que acumula conocimientos que le permiten pensar y actuar en relación a su medio.

Young (1969) señala que el aprendizaje social es adquirir información, capacidades y valores, es el resultado de la participación o integración de un individuo a un grupo, contribuye a la formación de hábitos para la construcción de lo que el propio individuo desea, partiendo desde su experiencia.

Experiencias que pueden ser positivas o negativas y que proporcionan un estatus o una identidad entre sus miembros y con otros grupos o subgrupos. Poseer un conocimiento contribuye a que el individuo se comporte de manera que haya una interrelación entre su experiencia y el hecho que surja en algún momento, refiere Bandura (1987:31) *"Las personas no están equipadas con un repertorio innato de conductas. Tienen que aprenderlas. Las pautas de respuesta nueva pueden adquirirse por experiencia directa o por observación"*.

Los individuos poseen conocimientos en el área de calidad, brindan una atención basada en estándares que conoce con anterioridad, al presentarse cierta situación, se desarrolla un aprendizaje por refuerzo, en el cual los trabajadores hacen uso de experiencias pasadas, de allí la relevancia que el sujeto posea conocimientos que contribuirán a satisfacer una necesidad de atención, Bandura señala que el tipo de conocimiento tiene una función, refiriéndose de la siguiente manera.

4.2 Función normativa

El individuo posee conocimientos que permiten emitir una respuesta ante una determinada situación, ubicar el espacio donde está desarrollando su actividad, que la respuesta emitida corresponda con el momento y el espacio donde se ubique, contribuyendo al éxito o fracaso de su participación.

Se aprecia la relevancia que las personas posean elementos de calidad para desarrollar sus actividades y que utilicen los adecuados para el momento que están laborando, permitiendo con ello, cumplir con las expectativas de los usuarios, en caso de no poseer los conocimientos necesarios y no dimensionar el espacio contribuirá a una atención deficiente impactando directamente en la satisfacción del usuario.

4.3 Función motivacional

Derivado del conocimiento que posee el individuo, sabe que ante una determinada acción o respuesta pueden ser impulsados a ciertas acciones en el desarrollo de sus actividades, responde satisfaciendo la necesidad, existe en este momento un impulso para desarrollar sus actividades bajo ciertas prácticas previamente aprendidas.

4.4 Función reforzante

En un sistema de calidad el trabajador realiza sus actividades bajo estándares que le permiten satisfacer una necesidad, lo primordial de esta función es reforzar lo aprendido por medio de la observación, la finalidad es que se instruya a través de las conductas observables en otros de sus compañeros y que observe el resultado de dicha acción o actividad.

El reforzamiento es un medio que permite regular las conductas que el individuo ha aprendido, es un elemento ineficaz para crear nuevas, en condiciones naturales, los individuos no suelen aprender conductas nuevas sino son vistas a otros derivado de procesos de interacción con personas permite aprender o reaprender situaciones.

4.5 Aprendizaje por medio de modelos

El individuo posee conocimientos que ha adquirido durante el desarrollo de su vida, estos los ha obtenido durante la interacción con otros, la persona no actúa sólo con los conocimientos que posee, sería un error que actuara en relación a la experiencia personal y no haciendo uso de lo aprendido por la observación, dotar al personal de los elementos de calidad que contribuyan a tener un desempeño aceptable percibido por los usuarios y por sus compañeros y evitar atender a los usuarios de forma inadecuada que genere molestia e insatisfacción, de esto se desprende los aportes de Bandura, al señalar el aprendizaje en los individuos a través de la observación.

Bandura (1987:38) refiere que *“los humanos aprenden la mayor parte de su conducta a través de la observación, por medio del modelado: al observar a los demás, nos hacemos idea de cómo se efectúan las conductas nuevas y posteriormente, esta información codificada nos sirve como guía de la acción”*.

En este ejercicio, se resalta el *feed-back* de Thorndike, en él se estimuló a la gente para que mostrara, como desarrollan las actividades en su área de trabajo y como pueden mejorar situaciones que impiden que el servicio que se brinda a los usuarios sea el más adecuado.

Proporcionar a los individuos elementos que contribuyan a realizar mejor sus actividades, es indispensable cuando la política de la institución es brindar una atención que vaya más allá de lo que los clientes o usuarios esperan

4.6 La técnica de redes semánticas como instrumento para el trabajo con grupos

Anteriormente comentamos del contexto en el que se desarrollan las personas va generando una posición o una perspectiva ante ciertos momentos, conocer el significado que tienen palabras para los individuos ayuda a observar cuales es la postura que tienen ante una necesidad o momento.

La técnica de Redes Semánticas tiene como fin conocer el significado psicológico de información recabada entre individuos, sus inicios están en el cognoscitividad, del conocimiento que la gente tiene o almacena en la mente y que la lleva a entender y actuar, según Bourne (1979) la información que poseen las personas proviene de tres fuentes:

- Las circunstancias (estímulos).
- La memoria (experiencias pasadas).
- La retroalimentación que recibe como consecuencia de la acción. (determinada por cuestiones sociales o no sociales).

De lo anterior, se desprende que las experiencias pasadas tienen relación directa con el comportamiento de los individuos, Bartlett (1932) hace referencia al proceso de almacenamiento, recuperación, reconstrucción y utilidad de la información en la memoria a largo y corto plazo.

Tanto la memoria a largo plazo (MLP) como a corto plazo (MCP) ingresan al cerebro de las personas por la percepción, llega a la memoria a corto plazo, allí la información puede perderse u olvidarse si no existe un proceso de repaso, en relación a la memoria a largo plazo, se tiene que es más activa debido a que selecciona, organiza y materializa las acciones de los individuos, su característica es capacidad ilimitada y de alta permanencia.

Para este trabajo, sólo se tomará la memoria a largo plazo que según Tulving, Anderson, Bower y Bourne, dentro de esta existen la semántica y la episódica, esta última almacena información en relación a datos temporales de episodios o eventos y de las relaciones espaciales temporales que se presentan en estos eventos.

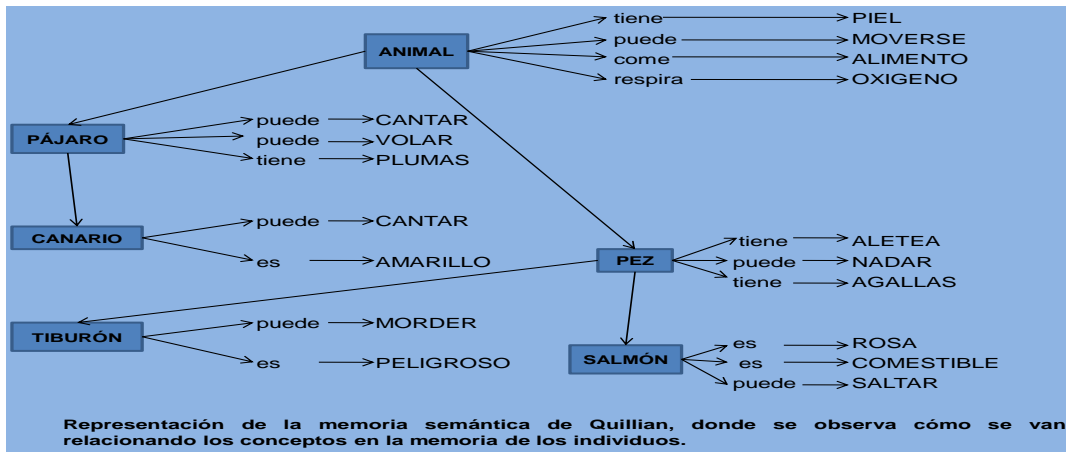
Tulving (1972:386) refiere que la memoria semántica *“Es la memoria necesaria para el uso de lenguaje. Es un tesoro mental, que organiza el conocimiento que una persona posee acerca de las palabras y otros símbolos verbales, sus significados y referentes, acerca de las relaciones entre ellos y acerca de las reglas, fórmulas y algoritmos para la manipulación de estos símbolos, conceptos y relaciones”*.

La memoria semántica permite realizar construcciones internas de la realidad, de la información almacenada en los individuos genera un proceso de análisis y reflexión, propiciando una toma de decisión ante un evento que se presente en la realidad de los sujetos.

Quillian elaboró una propuesta de modelo de memoria en computadora titulado Teachable Language Comprehender (TLC), Comprensor Idiomático del Lenguaje, el fin de esta propuesta era ordenar la información en forma de red que se encontraba interconectada por medio de unos elementos llamados nodos, los cuales son conceptos y que en relación a ellos se organiza toda la información que se posee.

Quillian y Collins (1969) realizaron una hipótesis a los sujetos les tomaría más tiempo dar una respuesta cuando el nivel estuviera más alejado del concepto que se les preguntaba, un canario puede cantar o un canario es un pájaro (**figura 1**), como este último está más alejado que el de cantar a esta diferencia se le llama distancia semántica.

FIGURA 1



Valdez (2005:61) *“Método potente para la explicación de un problema muy importante y que es el de: cómo es que nos influye la información que tenemos acerca de algo, con respecto al comportamiento que tenemos para ese algo, a partir del significado psicológico.”*

El contexto en el que se desarrolla el individuo va generando que vaya acumulando experiencias que influyen en su comportamiento y en la toma de decisiones ante cierta situación derivado del significado que tiene para las personas.

Una aportación realizada por Figueroa y Carrasco (1981) refieren que estaba en un campo de la subjetividad, debido a que se basa en procesos de memoria en computadora, generando redes elaboradas directamente por los individuos, es decir, de manera natural.

La técnica consiste en que los individuos realicen una lista de palabras definidoras para un concepto y posteriormente realizar una jerarquización de estas, permitiendo realizar un análisis cualitativo y cuantitativo de los conceptos que tiene el individuo en la memoria.

4.6.1 Las redes semánticas como técnica de investigación

Valdez (1994:62) señala que *“la teoría de las redes semánticas indica que a mayor sea el número de palabras definidoras generadas por los sujetos para definir la palabra estímulo, mayor será la riqueza de la red y por consiguiente, se podrá tener una mejor comprensión y conocimiento acerca de lo que para los sujetos significa la palabra definida”*.

Es una técnica que permite conocer los significados asignados a una palabra llamada estímulo, a mayor número de palabras proporcionadas para el estímulo, es la riqueza que tiene el concepto para la persona, teniendo así un panorama más amplio de lo que representa para ella.

Tiene como propósito fundamental tener un acercamiento al estudio del significado de manera natural permitiendo que las personas tengan la libertad de generar conceptos que consideren están relacionados con una palabra central.

Según Valdez (2005:82) la técnica contempla dos tareas fundamentales.

A. "Que definan con la mayor precisión posible al estímulo, mediante la utilización de un mínimo de cinco palabras sueltas que pueden ser: verbos, adverbios, sustantivos adjetivos, nombres, pronombres, etc. sin utilizar artículos preposiciones ni ningún tipo de partícula gramatical, que considere que están relacionadas con ésta".

B. Una vez definido el estímulo, se les solicita que de manera individual jerárquico todas las palabras que dieron como definidoras, en función de la relación, importancia o cercanía que consideren que tiene cada una de ellas a partir del estímulo definido. De esta forma, le asignarán el número 1 a la palabra más cercana o relacionada con la palabra estímulo, el 2 a la que sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar a todas las palabras que dieron como definidoras".

Al término de este procedimiento se deben sistematizar los resultados obtenidos de los valores J, M, FMG y conjunto SAM.

Valor J: es el resultado del total de palabras definidoras proporcionadas por los participantes, es indicador de la riqueza semántica, por ello, a mayor número de palabras mayor será la riqueza de la red.

Valor M: se obtiene de la multiplicación del número de veces que aparece una palabra por la jerarquía, el resultado es un indicador del peso semántico.

Valor FMG: valor que se le da a todas las palabras que conforman el conjunto **SAM**, esto se determina por una regla de tres, teniendo como referencia la palabras definidora con el valor **M** mayor, esta representará el 100%, el valor es la distancia que existe entre una palabra definidora y otra que conforman el conjunto **SAM**.

Conjunto SAM: para tener un resultado más óptimo se sugiere tomar en consideración como máximo 15 palabras definidoras como el núcleo central de la red semántica. Representa el significado que tiene un concepto.

Así al término de cada una de las etapas referidas, se procede a realizar el análisis de los resultados para la obtención de categorías semánticas.

CAPÍTULO 5 GRUPO DE ESTUDIO

Ante la necesidad de elevar el nivel de salud de los habitantes del Distrito Federal y principalmente en aquellos sectores de la sociedad, que por la situación socioeconómica en que se encuentran carecen de atención médica, el Gobierno de la Ciudad de México diseñó y puso en marcha programas prioritarios, con el fin de proporcionar servicios de salud gratuitos.

Actualmente la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal cuenta con 26 hospitales en diferentes puntos de la Ciudad, sin embargo con la dinámica de crecimiento de la población, hay áreas con una fuerte demanda de servicios médicos y con insuficiente oferta.

En particular la región sur-oriente del Distrito Federal, que ha registrado un importante crecimiento poblacional en los últimos años, presenta elevados índices de marginación, carece de la infraestructura suficiente para atender los requerimientos de salud de sus habitantes, sobre todo si se considera entre otros aspectos, la creciente demanda de servicios de salud de la población femenina en edad fértil y la necesidad de disponer de áreas de gineco-obstetricia.

Con el objetivo de reforzar la infraestructura hospitalaria de la Ciudad, principalmente en esa zona sur-oriente, aún cuando su cobertura abarca a la población de toda la capital, el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, Lic. Andrés Manuel López Obrador, encomendó a la Secretaría de Obras y Servicios, que en coordinación con la Secretaría de Salud, llevara a cabo la construcción del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, en la Delegación Iztapalapa, con una capacidad de 144 camas censables, para atender de esta manera el rezago existente y a las crecientes demandas en materia de salud, se ubica en Av. Tláhuac 4866, San Lorenzo Tezonco, Delegación Iztapalapa, C.P. 09790 México D. F.

Ambas Secretarías de manera conjunta elaboraron y definieron el programa médico arquitectónico, que precisa las características y espacios para dicho inmueble y que fue la base para el desarrollo del proyecto ejecutivo y la ejecución de la obra.

A partir del análisis de las diversas modalidades que la normatividad vigente establece para la ejecución de las obras públicas, el grupo de trabajo conformado por técnicos de la mencionadas dependencias y bajo la premisa de contar con este inmueble en el menor tiempo posible, concluyó que su realización debería llevarse a cabo bajo la modalidad de proyecto integral, mediante adjudicación directa (a precio alzado y tiempo determinado), como la mejor opción para abatir tiempos y obtener las mejores condiciones para el Gobierno de la Ciudad y sus habitantes.

Se planteó que la mayor fortaleza del hospital sea en medicina interna y cardiología, lo que permitirá no solo dar respuesta a las necesidades de la Delegación si no que ampliará su cobertura a toda la zona sur e incluso convertirse en un centro de referencia en el Distrito Federal.

Con la especialidad de cardiología, se incorporan las clínicas de arritmias, auxiliares de diagnóstico como la prueba de esfuerzo, gammagrafía cardiaca, permitiendo un manejo integral de una de las patologías con mayor mortalidad como lo es la isquémica.

Poseer un servicio de ginecoobstetricia integral, que contemple la concentración de embarazos fundamentalmente de alto riesgo, no solo el manejo protocolizado de las pacientes, sino que también cuenta con terapia intensiva para la resolución de las complicaciones, disminuyendo así la tasa de mortalidad materna, por otro lado, los recién nacidos derivados de estos embarazos considerados de alto riesgo, serán atendidos en las unidades de terapia intensiva neonatal y de cuidados intermedios, ayudando también a bajar la mortalidad neonatal.

Cuenta además con áreas que tienen como finalidad brindar atención personalizada a los pacientes y sus familias, este es el caso de atención ciudadana, la cual tiene como objetivo fundamental la orientación y acompañamiento individualizado de los usuarios de los servicios desde su ingreso y egreso.

Se puede afirmar que el hospital fue concebido, construido y equipado con espacios dignos para la atención humana, con gran calidad técnica ya que cuenta con la tecnología de punta. (<http://www.salud.df.gob.mx> Consultado el día 25/05/2008)

Posee un total de 2,122 equipos médicos; entre los que destacan:

- 7 equipos de rayos X (4 fijos y 3 portátiles).
- 1 tomógrafo de seis cortes.
- 1 equipo de medicina nuclear (Gamma Cámara).
- 105 camillas hidráulicas, eléctricas y de traslado.
- Equipos para realizar estudios de laparoscopia, cistoscopia y endoscopia.
- 3 esterilizadores de vapor directo con doble puerta.
- 1 equipo para estabilización de baja presión.
- 9 lámparas de cirugía de dos satélites.
- 9 mesas quirúrgicas universales y de expulsión.
- 8 máquinas de anestesia, con ventilador.
- 42 juegos de instrumental médico (5,885 instrumentos).
- 7 microscopios para oftalmología, laboratorio y patología.
- 23 monitores para signos vitales.
- 4 equipos de ultrasonido.
- 28 ventiladores de traslado, pediátrico, de alta frecuencia y neonatal.
- 23 desfibriladores.

- 3 centrales de monitoreo, con 8 monitores cada una.
- 18 incubadoras para cuidados intensivos.
- 9 cunas de calor radiante.
- 2 refrigeradores para cadáveres, con doble gaveta.
- 16 refrigeradores para medicamentos.

INSTALACIONES

- Camas Censables: 144
- Camas no Censables: 66

MISIÓN DEL HOSPITAL

Proporcionar servicios de calidad, con trato humano y cálido a la población que demande sus servicios y en estricto apego a la ética y a los procedimientos médico-quirúrgicos aceptados por la buena práctica clínica y a la normatividad vigente, específicamente para las especialidades con las que ha sido dotado.

VISIÓN DEL HOSPITAL

Constituirse en el corto y mediano plazo en un hospital de punta a nivel nacional, no solo por su infraestructura física y de equipamiento tecnológico, sino para el reconocimiento de la población de un trato profesional y humano en sus servicios, manteniendo un ambiente y cultura organizacional sana teniendo como interés central la satisfacción de pacientes y familiares.

VALORES DEL HOSPITAL

- Confianza.
- Respeto.
- Trato digno.
- Compromiso institucional.

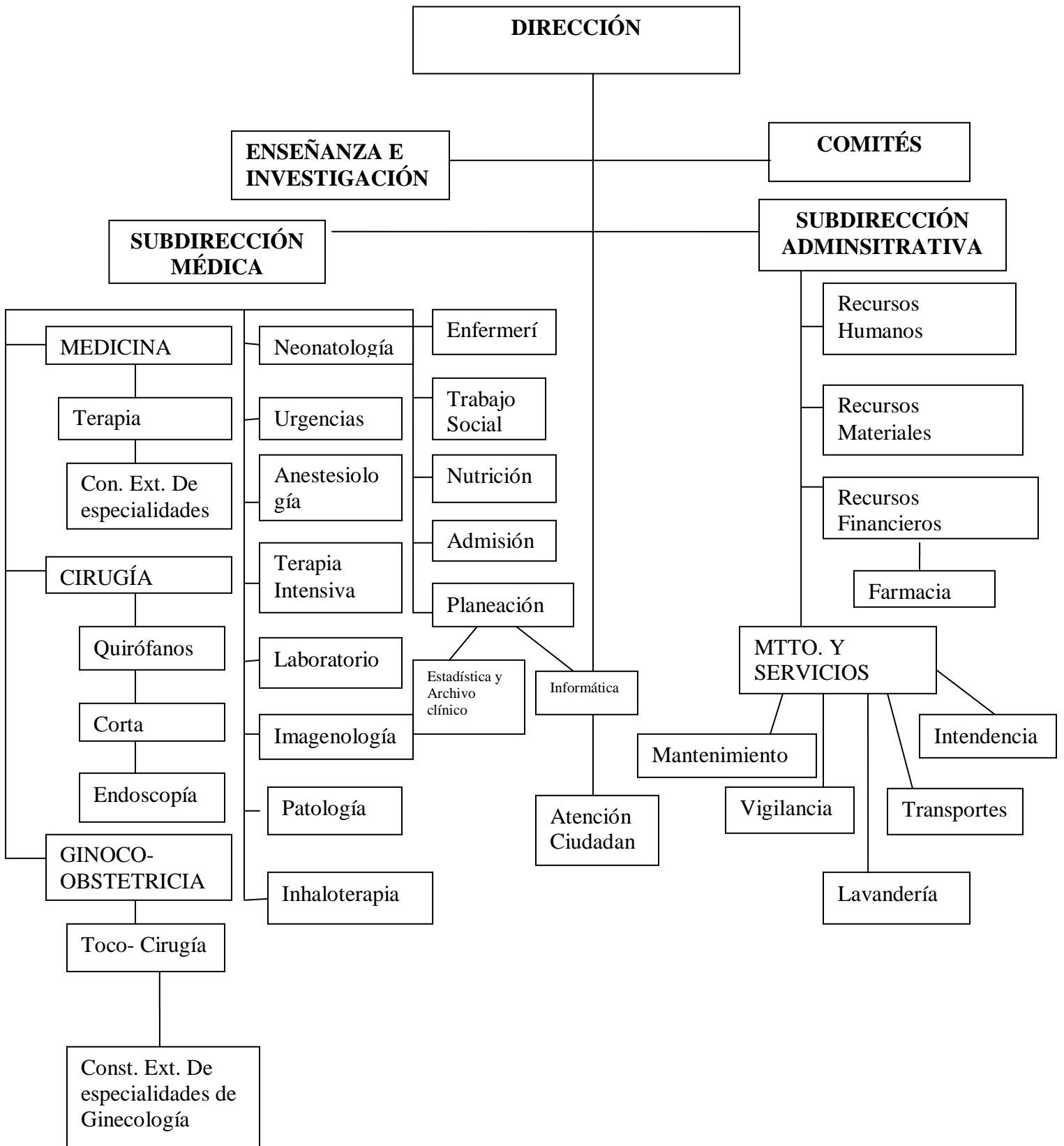
ESPECIALIDADES QUE POSEE

ESPECIALIDADES Y SERVICIOS	CONSULTA EXTERNA
<ul style="list-style-type: none">• Medicina Interna• Cirugía Ambulatoria• Ginecobstetricia• Cirugía General• Terapia Intensiva Adultos• Terapia Intermedia Adultos• Imagen y Radiodiagnóstico• Laboratorio Clínico• Inhaloterapia• Urgencias Médico-Quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none">• Medicina Interna• Cardio-Neumología• Coloproctología• Gastroenterología• Geriatría• Ginecobstetricia• Hematología• Nefro-Urología• Oftalmología• Endocrinología• Odontología• Dermatología• Otorrinolaringología• Neurología

PROGRAMAS DE SALUD

- Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos
- Atención integral a los Adultos Mayores
- Adherencia Terapéutica
- Campaña de Donación de Órganos, Tejidos y Células
- Campaña de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano
- Ley de Voluntad Anticipada
- Muévete y Métete en Cintura
- Red de Mastógrafos del Distrito Federal
- Protección a la Salud de los no fumadores
- Atención Integral para Enfermedades no Transmisibles
- Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos
- Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores
- Programa del Seguro Popular
- Programa contra el Tabaquismo
- Programa contra el Alcoholismo
- Programa contra la Farmacodependencia
- Programa de Salud Mental
- Programa de Violencia de Género

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL



TRABAJO SOCIAL

Capital humano

El departamento de trabajo social está integrado por 36 personas distribuidos de la siguiente manera: 33 trabajadoras sociales, asignadas a dicho departamento y 3 a atención ciudadana, el 91% son del sexo femenino y el 8% del sexo masculino, la distribución del personal es, en el turno matutino se encuentra asignadas el 30%, en el vespertino 18%, nocturno 30% y jornada acumulada 22%, el 81% poseen estudios de licenciatura y el 19% nivel técnico

MISION

Realizar acciones profesionales de alta calidad y eficiencia técnica y humana, ante las necesidades y carencias sociales asociadas al proceso salud- enfermedad, que contribuyan a la pronta recuperación del derechohabiente o usuario de los servicios de la secretaria de salud del Distrito Federal.

VISIÓN

Que el trabajador social se constituya como un profesional líder en la construcción y desarrollo de modelos de intervención social que contribuyan a fortalecer los programas de salud que para la atención integral, equitativa, eficiente y plural de la población usuaria y derechohabiente de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

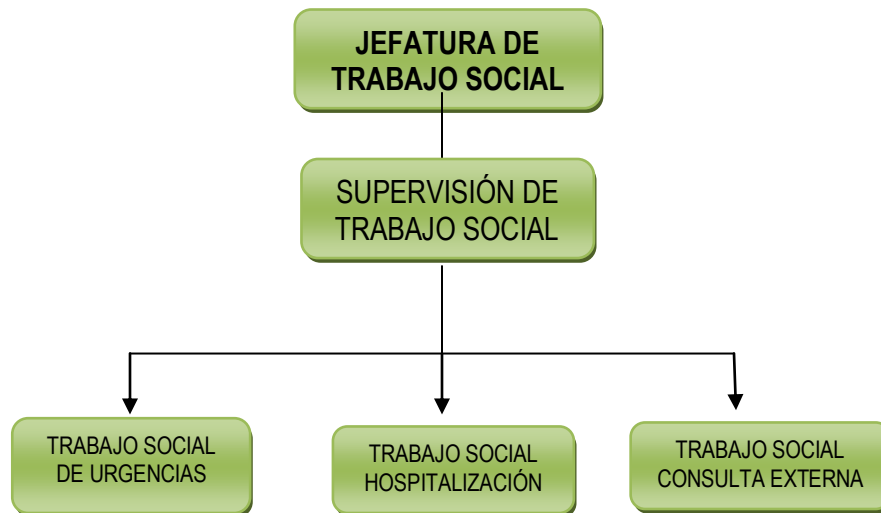
VALORES DE TRABAJO SOCIAL

- Pertenencia
- Respeto
- Permanencia
- Discrecionalidad
- Honestidad
- Equidad
- Compromiso
- Tolerancia
- Humanismo
- Responsabilidad
- Confiabilidad
- Trabajo en equipo
- Solidaridad

FUNCIONES

- Elaborar programa anual de trabajo.
- Hacer plan semanal de trabajo.
- Establecer y mantener coordinación intra y extra hospitalarias.
- Impartir pláticas de educación para la salud a grupos informales.
- Realizar estudios sociales.
- Atender los casos que ameriten su intervención.
- Participar en sesiones de discusión de casos clínicos.
- Realizar visitas domiciliarias.
- Colaborar en los estudios epidemiológicos que se efectúen en la unidad.

Organigrama de trabajo social



POBLACIÓN

La población que se atiende en el hospital son principalmente los residentes en el Distrito Federal en particular de las Delegaciones de Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco y de los Municipios de Chalco, Valle de Chalco, Ixtapaluca, Nezahualcóyotl y Chimalhuacán así como los que son referidos de instituciones de primer y segundo nivel.

CAPÍTULO 6 PROCESO METODOLÓGICO

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La participación de los Trabajadoras Sociales del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, en el taller “**Calidad Elemento fundamental en la satisfacción del usuario**” genera un cambio en los conocimientos y significados de calidad y calidad en los servicios de salud?

OBJETIVOS

General

Describir el aprendizaje generado en el taller “**Calidad elemento fundamental en el satisfacción del usuario**” impartido a un grupo de Trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez”, para conocer las áreas de oportunidad en la institución.

Específicos

Identificar los conocimientos sobre calidad y calidad en los servicios adquiridos por el grupo de trabajadoras(es) sociales.

Referir el significado señalado por el grupo de trabajadoras(es) sociales para las palabras estímulos “**Calidad**” y “**Calidad en los servicios de salud**”

Generar propuestas que contribuyan a cubrir los espacios de oportunidad referidos por los participantes en el taller.

Estrategia metodológica

Fue desarrollada en dos etapas:

I. Estudio exploratorio comprendiendo: a) diseño de instrumento, b) piloteo de instrumentos c) aplicación a usuarios y Trabajadoras(es) sociales.

II. Estudio de intervención: a) planeación, y b) ejecución del taller “Calidad elemento fundamental en la satisfacción del usuario” y c) propuestas.

Etapa I. Estudio exploratorio

El primer paso de este proceso fue conocer la percepción que tienen los usuarios del servicio brindando por el personal de trabajo social del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez”, para tener una visión más amplia se preguntó al personal de dicho departamento manifestará la

percepción que tenían de la calidad en los servicios de salud. A continuación se describe la elaboración y aplicación de los instrumentos.

Instrumento (usuarios)

Se elaboró un instrumento de 15 preguntas, en el cual se contemplaron reactivos que pudieran realizar la evaluación de: proceso, estructura y resultado propuestas por Donabedian (1984), se aplicó a 10 usuarios en horarios de atención distinta.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ"

OBJETIVO: Conocer cuál es la percepción que tienen los usuarios del personal de Trabajo Social en relación a la atención recibida en algunas de las áreas.

Toda la información proporcionada será confidencial

Conteste de favor las siguientes preguntas, ya sea marcando con una "x" y anotando en relación a su experiencia al recibir atención en el área de Trabajo Social.

I. DATOS PERSONALES

(I) EDAD _____ (II) SEXO (M) (F) (III) ESCOLARIDAD _____

(IV) OCUPACIÓN _____

(V) LUGAR DE RESIDENCIA _____

(VI) CUENTA CON CÉDULA DE GRATUIDAD (NO) (SI) NÚMERO _____

(VII) SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL AL QUE ASISTIÓ

- a) Urgencias b) Toco-Cirugía c) Cirugía General d) Medicina Interna e) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
- f) Terapia Intensiva g) Terapia Intermedia h) Consulta Externa i) Atención Ciudadana (entrada principal)
- j) Atención Ciudadana (urgencias) k) Atención Ciudadana (consulta externa)

(VIII) TURNO

- a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno

(IX) SEÑALE DÍA EN QUE FUE ATENDIDO _____

II. OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

1.- ¿Tuvo alguna dificultad para ubicar la oficina de Trabajo Social del Hospital?

- a) (Si) b) (No)

2.- Si la respuesta es si, explique la causa.

3.- Marque con una X que le pareció el estado de las oficinas de Trabajo Social

	1 Excelente	2 Buena	3 Regular	4 Mala	5 Pésima
a) Limpieza					
b) Comodidad					
c) Iluminación					
d) Privacidad					

4.- ¿Conoce el horario de atención del área de Trabajo Social?

- a) (Si) b) (No)

5.- Si la respuesta es "no" explique ¿Por qué? _____

I. DATOS PERSONALES

- (I) EDAD _____ (II) SEXO (M) (F) (III) _____
ESCOLARIDAD _____
(IV) OCUPACIÓN _____
(V) LUGAR DE RESIDENCIA _____
(VI) SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL AL QUE ASISTIÓ
a) Urgencias b) Toco-Cirugía c) Cirugía General d) Medicina Interna e) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) f) Terapia Intensiva g) Terapia Intermedia h) Consulta Externa
i) Atención Ciudadana (entrada principal) j) Atención Ciudadana (urgencias) k) Atención Ciudadana (consulta externa)

II. EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN

- 1.- ¿Qué le pareció la atención brindada por el personal de Trabajo Social?
a) Muy bien b) Bien c) Regular
- 2.- El servicio brindado por Trabajo Social, le pareció
a) Buen Servicio b) Bien c) Atención indivisa
- T.- La actitud del Trabajador Social al momento de atenderle fue:
a) Amable, cortés y buena actitud
b) Atención de mala gana
- 4.- ¿El Trabajador Social proporcionó los requisitos del servicio?
a) Fueron informados
b) No quedó muy clara la información
c) No le informaron
d) se enteró por otros usuarios
- 5.- ¿El Trabajador Social indicó los horarios de visita?
a) Recibieron información
b) No recibieron información
c) La información se recibió a destiempo
- 6.- ¿El Trabajador Social le informó cómo la familia puede contribuir al proceso salud-enfermedad?
a) Se proporcionó información
b) No le indicaron
c) Desconoce
- 7.- Por favor señale comentarios en relación a la atención que recibió

Procedimiento

El instrumento se aplicó a 101 usuarios, número determinado por fórmula estadística para población finita, se entrevistó en las áreas de Urgencias Generales, Gineco-obstetricia, Terapia Intensiva, Cirugía General, Medicina Interna, Terapia Intermedia, y Módulos de Atención Ciudadana, en los turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornada especial, el tiempo aproximado de duración fue de 20 minutos, en algunos casos, el tiempo fue mayor debido a la información adicional que deseaban proporcionar los entrevistados.

Aplicación a usuarios

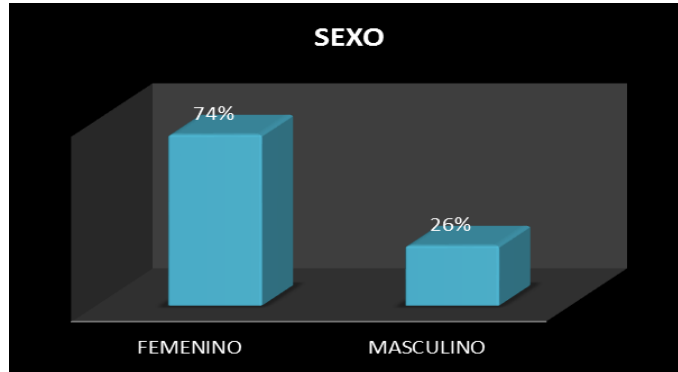
El objetivo primordial era conocer la percepción que tenían los usuarios del servicio que ofrece Trabajo Social del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez", del 1º al 24 de noviembre del 2007 se aplicó el instrumento de 7 preguntas a 101 usuarios de forma aleatoria, la información obtenida se presenta en el siguiente apartado y se detallan siglas para identificar a los encuestados.

Resultados

Percepción del servicio según los usuarios

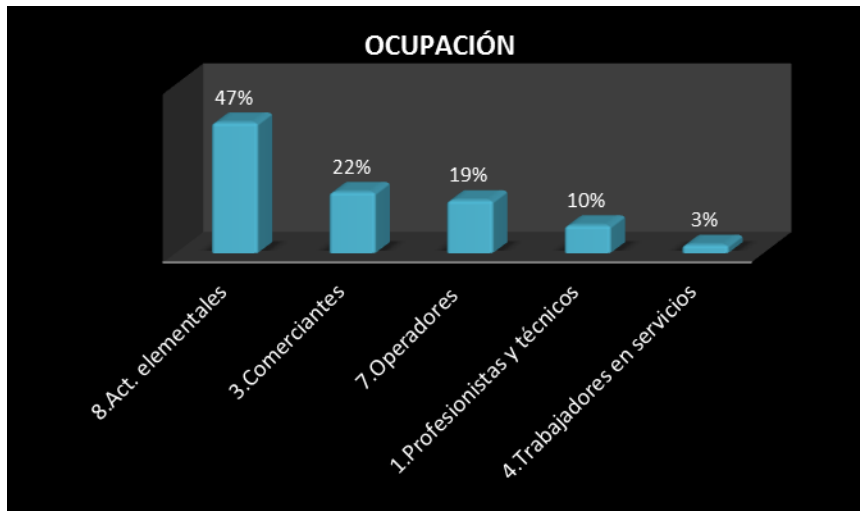
Al término de la aplicación de los instrumentos se realizó tabulación y codificación de la información utilizando el sistema informático Excel, esta fue tratada con bastante responsabilidad para evitar algún sesgo en los hallazgos encontrados. A continuación se presentan los datos obtenidos de los usuarios.

GRÁFICA 1



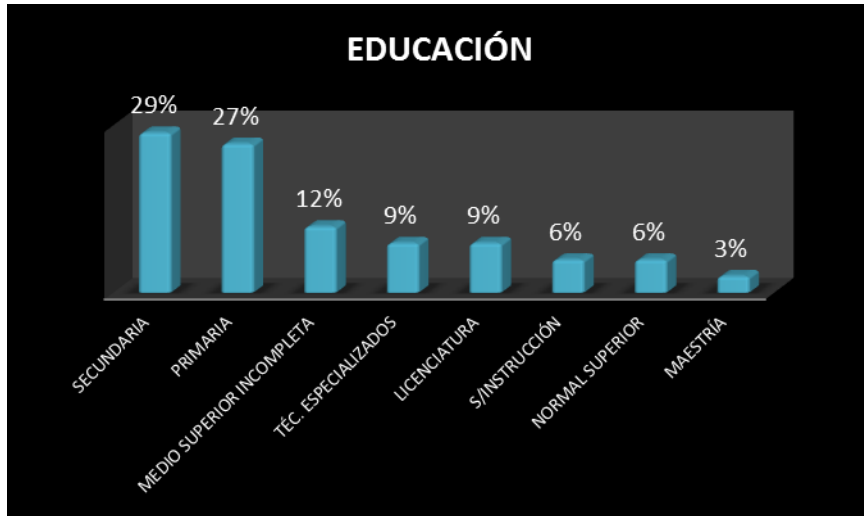
De las 101 entrevistas realizadas, el 74% correspondió a personas del sexo femenino y el 26% al sexo masculino (Gráfica 1)

GRÁFICA 2



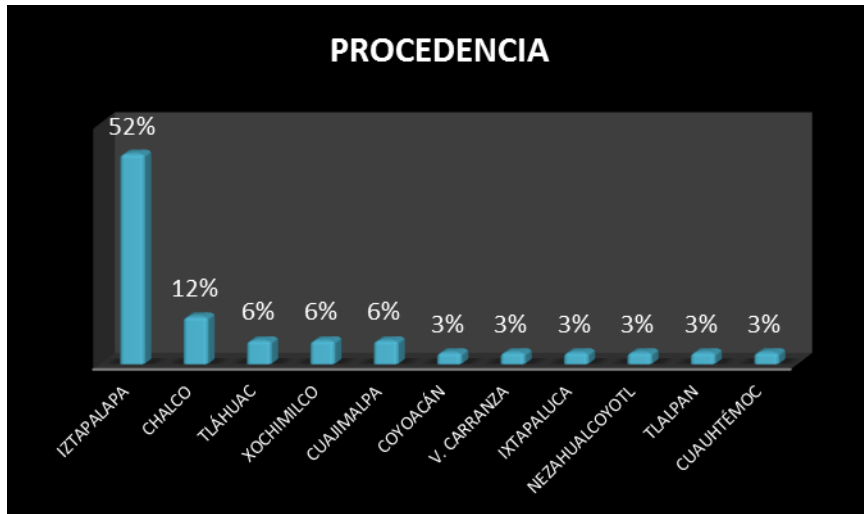
En lo que se refiere a la ocupación, se obtuvo que el 47% se dedica a actividades elementales y de apoyo, el 22% son comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas, el 19% son operadores de maquinaria industrial ensambladores, choferes y conductores de transporte, con el 10% son profesionistas y técnicos, con el 3% trabajadores en servicios personales y vigilancia. (Gráfica 2)

GRÁFICA 3



En relación a la educación de los entrevistados, el 29% posee estudios de secundaria, el 27% primaria, el 12% posee estudios de medio superior incompleta, con el 9% se encuentran; técnicos especializados y licenciatura, 6% sin instrucción y normal superior y con el 3% maestría. (Gráfica 3)

GRÁFICA 4

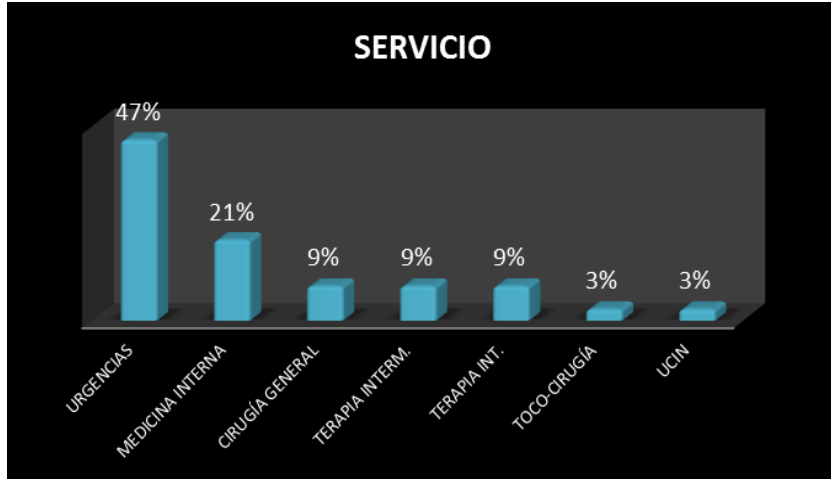


Con respecto a la procedencia, se obtuvo que en su mayoría de los entrevistados son residentes de la Delegación Iztapalapa con 52%, el 12% provienen del Municipio de Chalco, con el 6% de Tláhuac, Xochimilco y Cuajimalpa y con el 3% se encuentran Coyoacán, Venustiano Carranza, Ixtapaluca, Netzahualcóyotl, Tlalpan y Cuauhtémoc. (Gráfica 4)

Se destaca que el número de personas que acuden a la institución en su mayoría pertenecen a la Delegación Iztapalapa, es decir, el fin de brindar atención en salud a una de las Delegaciones con mayor grado de marginalidad social se cumple, además, debido a la ubicación geográfica con el Estado de México los habitantes acuden a solicitar atención a la salud.

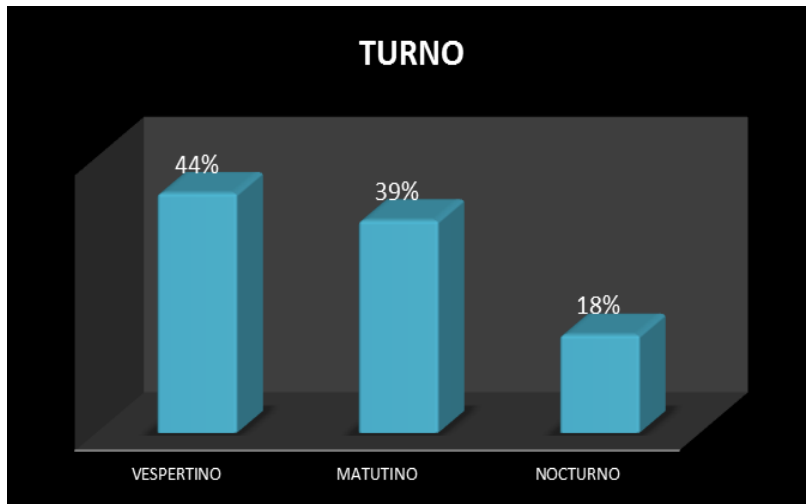
Todos los reactivos del instrumento, tuvieron una característica específica dentro del proceso de recolección, la información obtenida en este apartado fue fundamental para la etapa de intervención, escuchar la experiencia de los usuarios al acudir a los servicios de trabajo social.

GRÁFICA 5



De los instrumentos aplicados el 47% se captaron en el área de Urgencias, el 21% en Medicina Interna, espacios donde la concentración de usuarios es mayor, el 9% se recabó en los servicios de Cirugía General, Terapia Intermedia y Terapia Intensiva y con el 3% en el área de Toco-cirugía y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, entrevistas realizadas en horarios; matutino, vespertino y nocturno. (Gráfica 5)

GRÁFICA 6

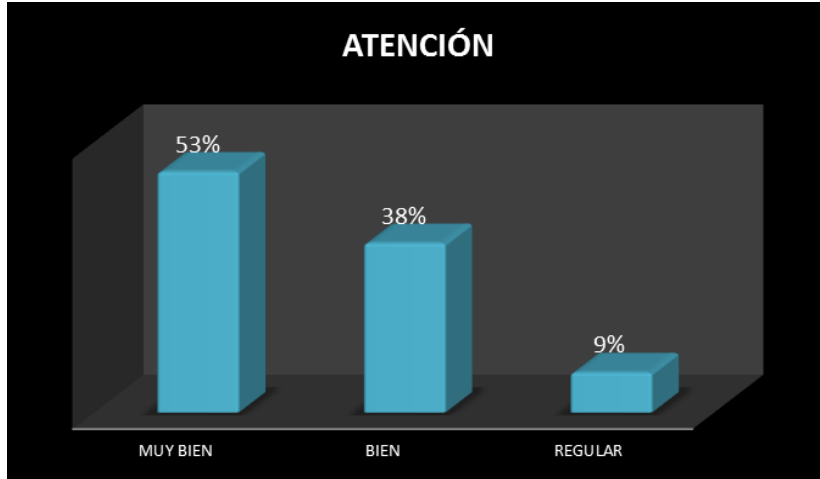


En relación a horarios para la aplicación de las entrevistas fueron: el 44% se efectuaron en el turno vespertino, el 39% en el matutino y el 18% en el nocturno. La finalidad de aplicar en los diferentes turnos fue para tener información más clara de los posibles espacios de oportunidad. (Gráfica 6)

Al término de la primera parte del instrumento, se continuó con los reactivos de evaluación de la atención, el primero tuvo que ver con la calificación brindada a los trabajadoras(es) sociales derivado de la atención recibida, utilizando una escala de muy bien, bien y regular, las preguntas fueron cerradas y abiertas, estas últimas con el fin de permitir a los entrevistados expresar su experiencia y no encasillarlos en las opciones proporcionadas por el investigador.

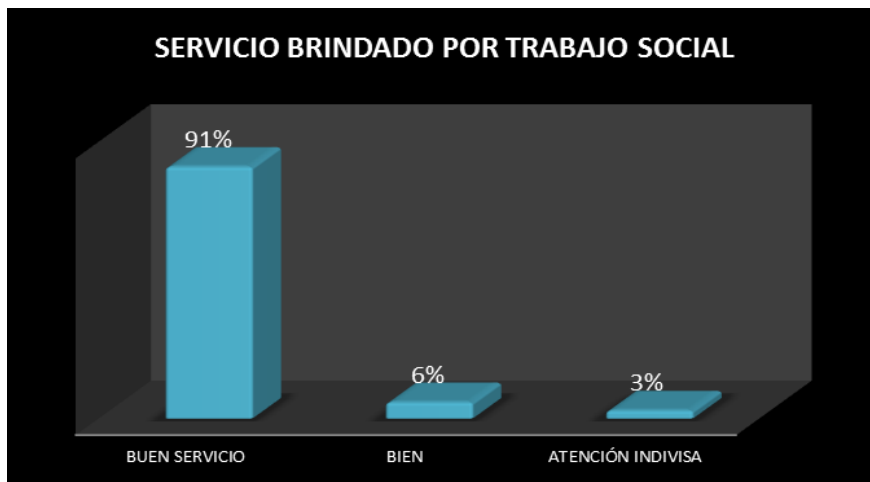
La información se organizó y se sistematizó en programa informático excel, a continuación se presentan los resultados obtenidos.

GRÁFICA 7



Se preguntó a los usuarios ¿Qué le pareció la atención brindada por el personal de Trabajo Social?, el 53% de los entrevistados respondieron muy bien, mientras que a 38% les pareció bien y el 9% restante opinaron regular. (Gráfica 7)

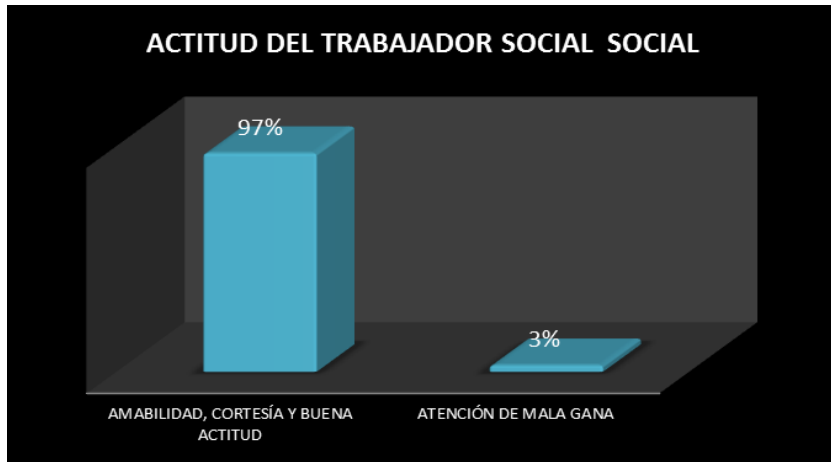
GRÁFICA 8



Se destaca que el 91% de los entrevistados percibieron un buen servicio señalando características del personal como amabilidad, disponibilidad, buena atención, el 6% señaló bien y el 3% pidió atención indivisa. (Gráfica 8)

Uno de los aspectos fundamentales a evaluar en la calidad de la atención es la actitud de la o las personas que otorgan un servicio, en el instrumento se incluyó una pregunta que ayudará a conocer la experiencia de las personas al acudir a los servicios de trabajo social, este reactivo fue fundamental, debido a que deseábamos que las personas expresaran su sentir y esto nos permitiera planear mejor la intervención de trabajo social.

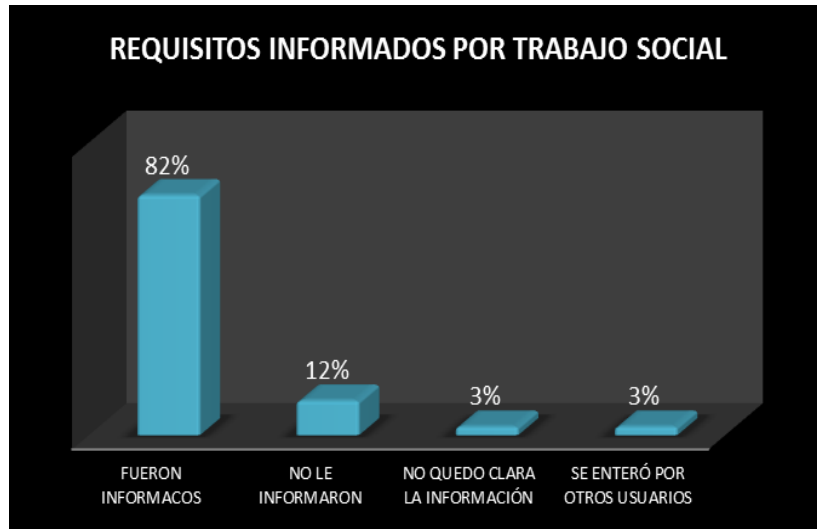
GRÁFICA 9



Este reactivo se contempló para evaluar la actitud del Trabajador Social al momento de brindar atención, los entrevistados respondieron de la siguiente manera: el 97% percibió amabilidad, cortesía y buena actitud y el 3% detectó stress, ocasionando una atención “de mala gana”, los usuarios califican de manera satisfactoria la atención brindada por los Trabajadoras(es) sociales, varios coincidieron, el servicio brindado por el personal es aceptable, además refirieron; en relación a otras unidades hospitalarias como; el IMSS o el ISSSTE, el servicio que ofrece trabajo social, es mejor. (Gráfica 9)

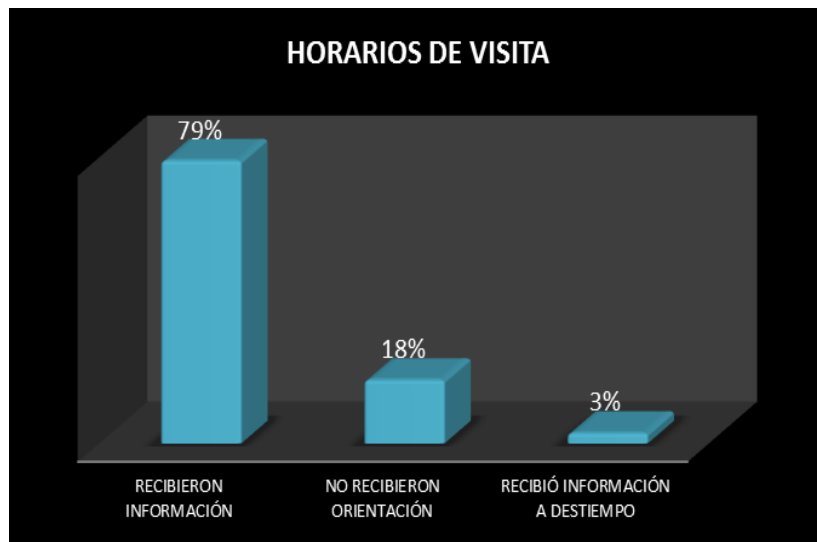
Con el fin de verificar la información proporcionada por los Trabajadoras(es) sociales a los usuarios, se preguntó en relación a los requisitos que le indicaron debe cumplir para ingresar a esta unidad hospitalaria.

GRÁFICA 10



El 82% de los entrevistados recibieron información oportuna, el 12% indicó que no le informaron, el 3% señaló no le aclararon sus dudas con el personal y con el mismo porcentaje se enteró por otros usuarios, esto muestra la necesidad de modificar los procesos, evitando desviaciones, de dicha ausencia, se corrobora en la siguiente pregunta, la cual está relacionada con los horarios de visita, que le informó el Trabajador Social. (Gráfica 10)

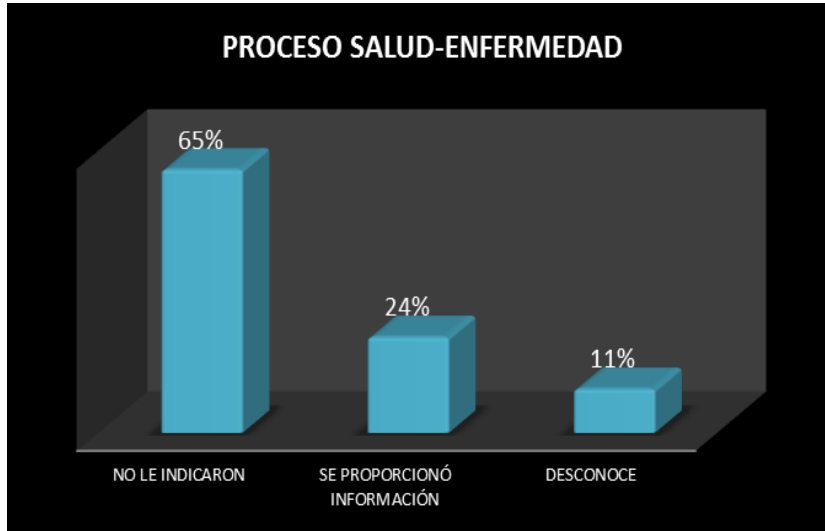
GRÁFICA 11



El 79% de los entrevistados recibieron información de los horarios de visita y cambio de familiar, mientras que el 18% no y el 3% restante informó que le indicaron a destiempo, observándose que no existe una homogeneidad de trabajo entre el personal, generando desconfianza y molestia en los usuarios. (Gráfica 11)

Se incluyó un reactivo que contribuyera a corroborar la información proporcionada por trabajo social, se preguntó a familiares en relación a cuál es su contribución en el proceso salud-enfermedad.

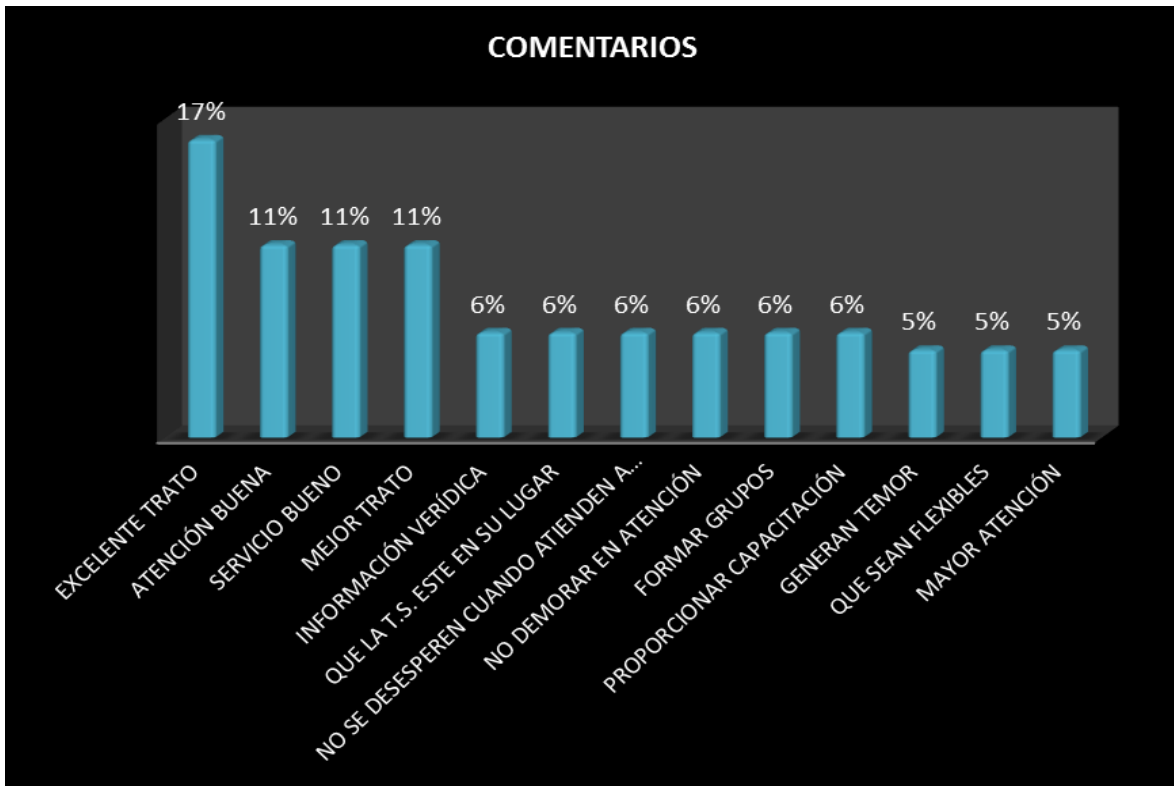
GRÁFICA 12



En relación a la importancia de la familia en el proceso salud-enfermedad, señalaron que al 65% de los usuarios no le indicaron como podría contribuir al mejoramiento de su paciente, el 24% refiere que se les informó acerca de éste y el 11% no se les comentaron, la información recabada hace insoslayable generar procesos que contribuyan a garantizar un servicio de calidad, basado en la inclusión de la familia en los procesos de atención. (Gráfica 12)

El siguiente reactivo, permitió que los entrevistados expresaran sus experiencias en relación al servicio recibido en las áreas de trabajo social, además, con el uso del diario de campo se logró obtener información no manifestada en el instrumento, teniendo así comentarios que visualizan una falta de homogeneidad en la atención recibida, a continuación se muestran las observaciones.

GRÁFICA 13



De los entrevistado el 17% manifestó que el trato recibido en el área de trabajo social fue excelente, el 11% señaló; tanto la atención y el servicio es bueno, con el mismo porcentaje solicitaron un mejor trato, el 6% de los comentarios fueron en relación a que la información proporcionada por los trabajadores sea verídica, el personal debe estar en su lugar de trabajo, no se desesperen cuando atienden a los usuarios, no demoren en atender, formar grupos y proporcionar capacitación y con 5% no generar temor, que sean flexibles y mayor atención. (Gráfica 13)

De manera general se obtuvo que el 74% de los participantes fueron mujeres, la ocupación fundamental es el hogar con 38% y el comercio 21%, la educación de los entrevistados es, el 29% curso la secundaria y 26% la primaria, su procedencia mayormente es de la Delegación Iztapalapa con el 50% seguida por el Municipio de Valle de Chalco, la atención recibida se percibió como muy buena con el 53%, bien el 38% y regular el 9%, el servicio fue calificado como bueno con el 91%, bien con el 6% y solicitan una atención indivisa el 3%, refieren que la actitud del trabajador social fue amable y cortés con el 97% y el 3% percibió una atención de mala gana. En lo referente a lineamientos o información proporcionada comentaron que fueron informados el 82%, el 12% no proporcionaron información y con el 3% no fue clara y tuvieron que enterar por otros usuarios, en lo que respecta a horarios de visita los entrevistados señalaron que el 79% recibió información, el 18% no y el 3% señaló que la no fue proporcionada a tiempo. En lo referente a cómo puede la familia participar en el proceso salud enfermedad,

refirieron con el 24% que se proporcionó indicación, el 65% no le comentaron y el 11% desconoce la participación de la familia.

En conclusión, los comentarios de los familiares de los pacientes fueron dirigidos hacia la falta de una atención homogénea y verídica, así como carencia de información en relación a lineamientos, con los comentarios referidos, se aprecia la falta de una atención de calidad que vaya más allá de lo que las personas esperan del área de trabajo social, por ello, la importancia de implantar en el área aspectos relacionados con la mejora continua.

Comentarios de los usuarios

Con el fin de mostrar la información proporcionada por los entrevistados se generó la siguiente tabla y sean ellos los que evidencien la existencia de falta de calidad de la atención en el área de trabajo social, la clave es estructuró de la siguiente forma: sexo, área de atención, turno y número consecutivo del instrumento.

SEXO	Mujer (M)
	Hombre (H)
SERVICIO	Urgencias (U)
	Cirugía General (CG)
	Medicina Interna (M)
	Ginecología (G)
	Neonatología (N)
TURNO	Unidad de Terapia Intensiva (UTI)
	Matutino (M)
	Vespertino (V)
	Nocturno (N)
No. CONSECUTIVO	Jornada Acumulada (JA)
	Intrumento

“...La atención es buena, sólo que no indicaron qué realizar para contribuir al mejoramiento del paciente, además, deberían de ser más flexibles en los requisitos de la donación sanguínea, que ofrecieran otra alternativa o que podamos dar algo al hospital. (HUM3)

La información proporcionada por los entrevistados, abre un espacio para generar un proceso de involucramiento de la familia en los procesos: salud-enfermedad y donación sanguínea.

“...La atención fue buena, porque me explicó lo que tenía que hacer, para tramitar la Cédula de Gratuidad y del Adulto Mayor, es que deseo inscribir a mis papás, pero dónde los inscribo”. (MMIN11)

Los entrevistados refirieron; la información proporcionada por los Trabajadoras(es) sociales, no fue correcta, esto generó descontento y desconfianza, estos dos conceptos son fundamentales en la prestación de servicios con calidad.

“...El servicio es muy bueno, no solamente del área de Trabajo Social, sino también de los médicos, enfermeras, camilleros, bueno hasta el policía, fíjese, he tenido la experiencia de estar en la Secretaría de Salud, en el IMSS y en el ISSSTE y te tratan muy mal, de hecho cuando pase a trabajo social de este hospital felicite a la trabajadora social, me dijo su nombre pero no lo recuerdo, en general todo bien, muchas gracias”. (HUV9)

“...En relación a otros hospitales te tratan mejor, cuando no entiendes algo te vuelven a explicar, eso me gusta”. (MUM16)

“...No tengo nada que comentar, sólo que no te tratan como en otros lugares, te atiende bien, porque te dicen; que se mejore tu paciente y eso está bien”. (MUV21)

Los entrevistados percibieron una mejor atención, en relación a otras instituciones del sector salud, refiriéndonos que existe personal que brinda atención más allá de la que esperaban, situación que impacta en la imagen de la institución generando una expectativa que debe confirmar en próximas visitas al hospital.

Los reconocimientos realizados por los usuarios, muestra el carácter de servicio en el personal del hospital, para asegurar el proceso de atención es necesario generar un programa que proporcione elementos de calidad en salud.

“...Sólo quiero comentarle, las trabajadoras sociales del Módulo Principal son muy déspotas, son groseras, el día martes y viernes por la tarde de esta semana, se la pasaron riendo y comiendo en el módulo, cómo piden que uno guarde silencio y no meta alimentos, si ellas lo hacen, como vi que estaban haciendo ruido les hice ¡shhhhhh!, pidiéndoles que respetaran, por un momento se quedaron calladas, pero más tarde volvieron a reír. Además, en una ocasión, mi amiga se quedó haciendo guardia las 24 hrs., llegue al módulo y solicite que la dejaran salir porque no había comido ni descansado, me indicaron que no, que hasta que dieran las 16:00 hrs., les explique nuevamente la situación y me dijeron que ¡no!, ya cuando dio la hora del cambio no había personal en el módulo para registrarme, entonces, somos o no somos, espero si hagan algo al respecto”. (MUTIV50)

“...Que la trabajadora social esté en su lugar, la tuve que andar buscando en todos los pisos y no encontré a nadie, por ello solicito que se encuentren en su lugar y así evitar que los familiares este batallando”. (HCGN61)

“...Es necesario que se capacite en actitud a las trabajadoras sociales, porque hay ocasiones que uno se queda con dudas y preguntas, porque crees que se van a enojar, entonces deberían de dar mayor confianza, es importante que se realicen trabajos como éste, para estar mejor”. (HUM44)

“...Las trabajadoras sociales del turno nocturno atienden mejor, ya que en el matutino y el vespertino te tratan como aprisa, por la noches son más humanos”. (MUN51)

“...En una ocasión la trabajadora social se mostraba molesta y con prisas, daba la impresión de no querer trabajar, además, generó temor y desconfianza para preguntarle, de hecho las tres personas que estábamos allí nos quedamos con muchas dudas, es importante que se esté trabajando en mejorar la atención y no sea como en otros hospitales”. (HGM26)

“...Que trabajo social ponga más atención, porque, yo estaba desde ayer para que atendieran a mí paciente y llegó uno que se puso muy agresivo y lo pasaron antes que yo, pues, de que se trata”. (HUM70)

“...En relación a trabajo social, sólo que la compañera no sea tan desesperada, ya que luego no se conocen los datos del paciente y se molesta”. (MGN46)

“...Que sean más flexibles en los horarios, porque luego se queda uno mucho tiempo y tenemos que ir a trabajar, porque si no vamos a trabajar nos corren”. (HMN49)

“...Trabajo social me dijo que me darían informes a las 10:00 hrs. y me los dieron hasta las 12:00 hrs”. (HGM69)

“...Como trabajadoras(es) sociales tiene mucho que hacer, por ejemplo, hoy no había agua y por lo tanto no nos hablaron a nuestras casas para decirnos que se iba a suspender la visita de la UCIN, entonces, nosotros venimos desde lejos y desde en la mañana no podemos pasar hasta las 17:00 hrs., eso es injusto, además, considero que deberían formar grupos de padres de bebés prematuros, para que de pérdida reciban apoyo antes de pasar a ver a tu bebé, te deberían de preparar, porque tú te imaginas que tu hijo es de 3 kg. y que todo está bien, la impresión de verlo y no es como te imaginas, es traumático y trabajo social no hace nada, ahora hay una zona de alto riesgo, la cual es el cuarto de lavado de manos de la UCIN, allí se roban las cosas, cómo es posible, eso no debe pasar, pero trabajo social qué hace”. (MUV80)

“...En el área de trabajo social, donde se confirman las citas se tardan mucho, por eso cuando pasamos con el médico se enoja porque llegamos tarde y nos dice que no nos va a atender, yo creo que si son dos módulos, uno debe confirmar las citas y otra dar las nuevas consultas, creo que eso ayudaría mucho”. (MCM79)

Hemos señalado anteriormente, la imagen positiva en las personas que han acudido a los servicios de trabajo social, también, hay que resaltar los espacios de oportunidad que surgen durante el proceso de atención, resaltando, si no se toma atención de estos espacios de oportunidad, se puede generar una imagen de falta de calidad en la atención que se otorga.

Este ejercicio contribuyó a conocer la experiencia de familiares de pacientes que acuden a recibir un servicio de salud, dentro de la calidad total, es necesario conocer el punto de vista del personal que brinda el servicio, en este caso los trabajadoras(es) sociales, a continuación se detalla información recabada.

Instrumento (trabajadoras(es) sociales

En un segundo momento fue conocer la experiencia de las y los trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, en relación la calidad de la atención, para ello se elaboró un instrumento de 10 ítems, 5 eran abiertos y 5 cerrados, para este proceso se solicitó el apoyo de 6 Trabajadoras Sociales del Hospital Juárez del Centro, perteneciente a la Secretaria de Salud Federal, para pilotear el instrumento, se consideró realizar esta etapa del instrumento con dicha institución debido a que son hospitales que atienden a población abierta y están enfocadas a pacientes adultos, se pidió el apoyo de 7 trabajadoras(es) sociales del Hospital motivo de estudio, con las aportaciones realizadas por ambos grupos, se procedió a realizar las correcciones correspondiente, quedando un instrumento corregido.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

OBJETIVO: Conocer cuál es la percepción que tiene todo el personal que conforma el área de Trabajo Social en relación a la calidad en los servicios de salud y cómo contribuye a cumplir con la misión y la visión tanto del Hospital y de su departamento.

Toda la información proporcionada será confidencial

Conteste de favor las siguientes preguntas, ya sea marcando con una X o anotando en relación a su experiencia.

NOMBRE _____

SERVICIO _____

HORARIO DE ATENCIÓN _____

1.- ¿Conoce o ha escuchado el término Calidad?
Si__ No__

2.-¿Sabe qué es Calidad?
Si__ (pase a pregunta 3) No__ (pase a pregunta 4)

3.-¿Describa brevemente que entiende por este concepto?

4.- ¿Conoce qué es Calidad en los Servicios de Salud?
Si__ (pase a pregunta 5) No__ (pase a pregunta 6)

5.-¿Describa brevemente que entiende por este concepto?

6.-¿Sabe cuál es la misión y la visión del Hospital y del área de Trabajo Social?
Si__(pase a pregunta 7) No__(pase a pregunta 8)

7.-Describalos brevemente

Hospital:

Misión _____

Visión _____

Trabajo Social:

Misión _____

Visión _____

8.-¿Cómo contribuye usted a la Calidad?

9.- ¿Conoce los manuales de procedimientos del área de Trabajo Social?
Si__ No__

10.- Si tiene alguna sugerencia para mejorar la calidad en su área de trabajo, por favor anótela en las líneas siguientes

Agradezco el haber dedicado algunos minutos de su valioso tiempo.

Con los comentarios referidos por el personal de trabajo social de Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez y del Hospital Juárez del Centro, se realizaron las modificaciones, teniendo un instrumento que evalúa la calidad de la atención que otorga el área de trabajo social.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO
"DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ"**

OBJETIVO: Conocer cuál es la percepción que tiene todo el personal que conforma el área de Trabajo Social en relación a la calidad en los servicios de salud y cómo contribuye a cumplir con la misión y la visión tanto del Hospital y de su departamento.

Toda la información proporcionada será confidencial

Conteste de favor las siguientes preguntas, ya sea marcando con una X o anotando en relación a su experiencia.

NOMBRE _____
SERVICIO _____
HORARIO DE ATENCIÓN _____

1.- ¿Qué tanto conoce el manual de procedimientos del área de Trabajo Social?
Bien __ Poco__

2.- ¿Qué tanto conoce el manual de procedimientos de atención ciudadana?
Bien __ Poco__

3.- ¿Procedimiento administrativo que realiza el Trabajador Social cuando llega un paciente al área de urgencias generales?

4.- ¿Procedimiento administrativo del personal de atención ciudadana cuando llega un paciente al área de urgencias generales?

5.- ¿A qué obstáculos se enfrenta para brindar una atención de calidad a los usuarios?

6.- ¿Qué hace usted, cuando al atender a un usuario, el resolver su situación no está a su alcance?

7.- ¿Qué estrategias o herramientas utilizan al recibir a persona que se comporta de forma agresiva?

8.- ¿Qué pueden hacer los Trabajadoras(es) sociales para brindar una atención de calidad?

9.- En relación a su trabajo, señale ¿qué mejoras realizaría para la atención de los usuarios?

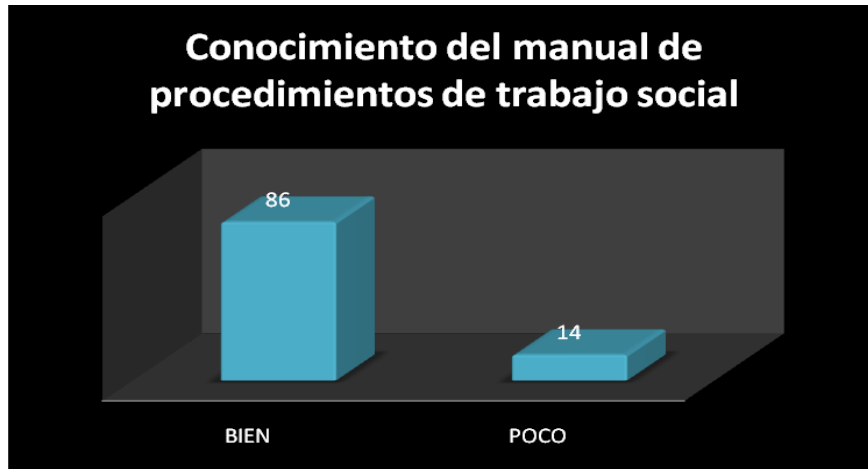
10.- ¿Qué propone usted para evitar las cargas de trabajo en su área de servicio?

Agradezco el haber dedicado algunos minutos de su valioso tiempo.

Resultados

Se elaboró un instrumento para el personal de trabajo social y de atención ciudadana, el estudio contempló sólo a 13 personas, el 92% fueron mujeres y el 8% hombres, el rango de edad fue de entre los 30 y 41 años, en relación a la escolaridad el 69% posee estudios de licenciatura y el 31% carrera técnica, el área de adscripción el 56% estaban asignadas a atención ciudadana y a trabajo social el 46%, la siguiente información es la recaba durante la etapa exploratoria.

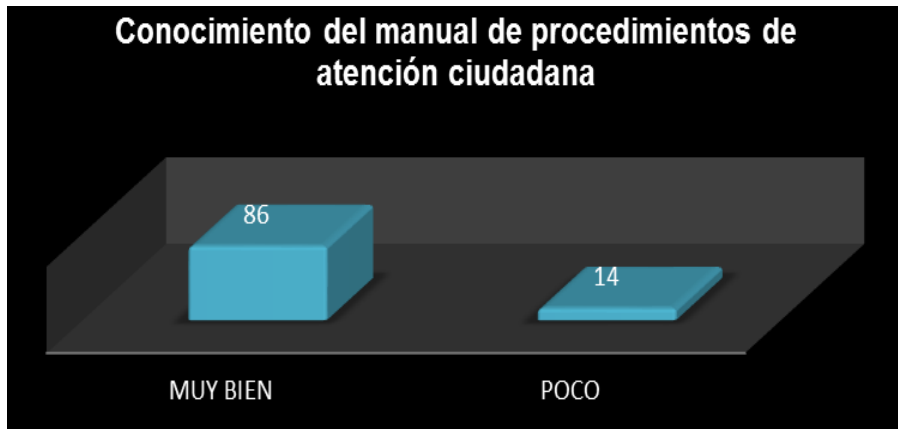
GRÁFICA 14



La primera pregunta se refirió a ¿Qué tanto conoce el manual de procedimientos del área de trabajo social?, el 86% del personal respondió que bien, mientras que el 14% contestó; conoce poco el procedimiento. (Gráfica 14)

Se resalta dentro del área de Trabajo Social, sólo existen manuales en los que se detallan procesos como: referencia y contrareferencia, no existe un manual, que se especifique como brindar atención a usuarios con situaciones difíciles o en crisis, atención con calidad, a esta ausencia se suma la falta de difusión de los que actualmente se encuentran en el servicio.

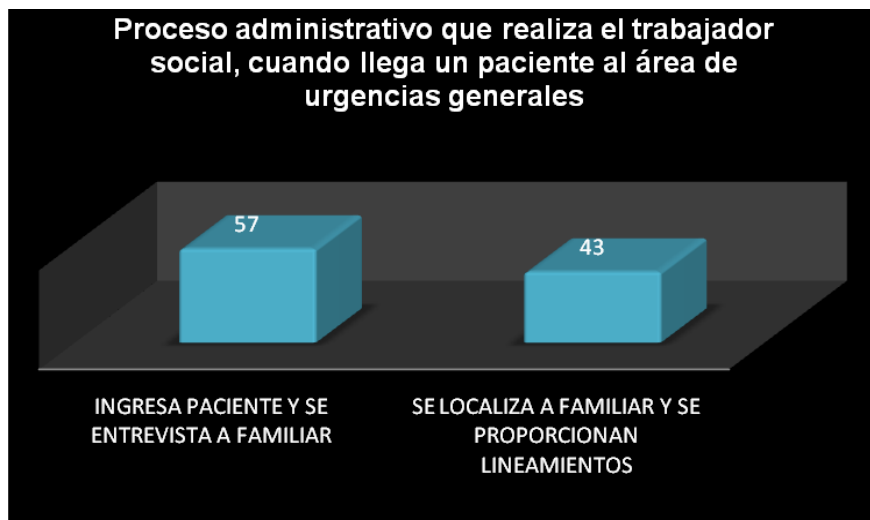
GRÁFICA 15



Con respecto a la pregunta 2, dirigida sólo al personal de atención ciudadana, se cuestionó ¿Qué tanto conoce el Manual de procedimientos de atención ciudadana? Se detectó que el 14% lo conoce Muy bien y el 86% restante señaló conocerlo poco. (Gráfica 15)

De la información vertida por personal de dicha área, se observa una desviación, porque no hay manuales de procedimientos debido a que es un área de nueva creación, por lo tanto, no existen documentos que orienten las actividades del personal.

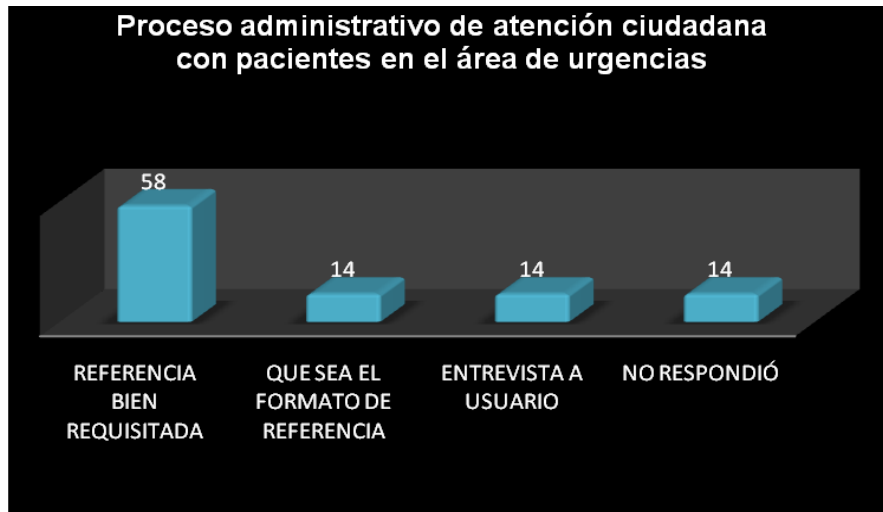
GRÁFICA 16



Referente a la pregunta 3, señale el ¿Procedimiento administrativo que realiza el trabajador social cuando llega un paciente al área de urgencias generales?, el 57% del personal respondió que ingresa paciente, se informa y entrevista a familiar, se registra ingreso a SAHOS, se elabora nota de trabajo social y se registra la orientación, mientras que el 43% refirió lo siguiente, se localiza a familiar responsable, mediante una entrevista se proporcionan lineamientos del servicio, si se hospitaliza se realiza estudio social, se solicita documentación para integrar expediente, así como donadores sanguíneos. (Gráfica 16)

Se aprecia que la mayoría del personal asignado al área de trabajo social señala en la pregunta 1 conoce el manual de procedimientos, con esta respuesta se observa que no existe homogeneidad en las respuestas, entendiéndose que realmente no conocen el manual y que sólo trabajan en relación a la experiencia personal.

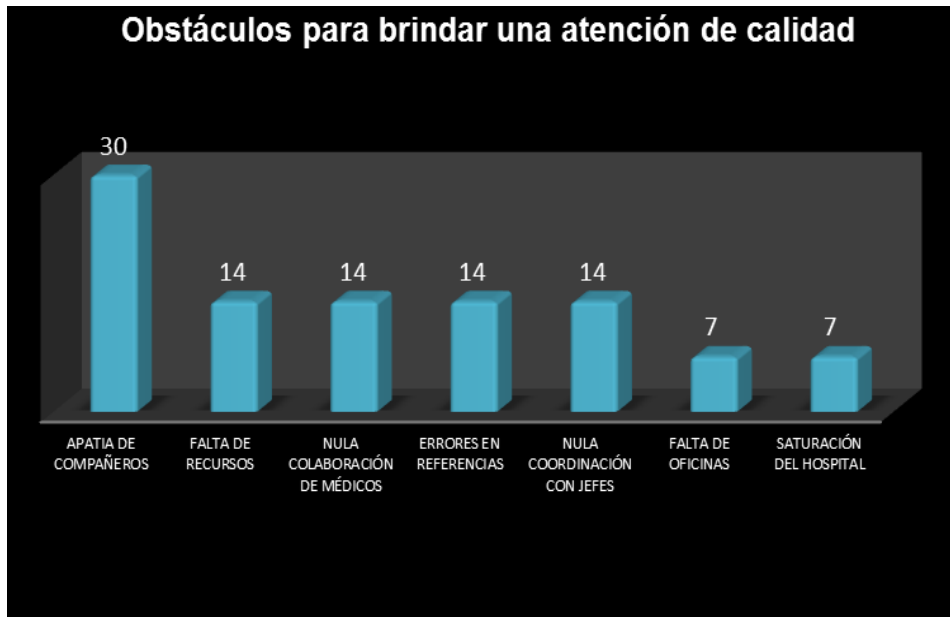
GRÁFICA 17



Continuando con el análisis del instrumento, la pregunta 4 se refiere a ¿Describa usted, cuál es el procedimiento administrativo del personal de atención ciudadana, cuando llega un paciente al área de urgencias generales?, el 58% contestó: referencia bien requisitada, registrar en libreta de referencias, informar a las personas para que acudan a archivo, pasar al primer o segundo piso para programar cita, el 14% refirió; observar que sea el formato de referencia, contar con la especialidad, ser paciente mayor de 18 años, la referencia deberá traer sello de la unidad hospitalaria, nombre, cédula profesional del médico y firma, con el mismo porcentaje indicó, se realiza entrevista al usuario, quien previamente ya acudió al módulo de trabajo social-atención ciudadana y archivo, dicha entrevista es para recabar los datos del SAHOS (Sistema de Admisión Hospitalaria), se agenda cita y se orienta al paciente y/o familiar sobre lineamientos de la institución, para finalizar el 14% de la población entrevistada no respondió a la pregunta. (Gráfica 17)

Esta pregunta tiene una relación con la número 2, esta se refiere al conocimiento del manual de procedimientos, la mayoría del personal de atención ciudadana refiere conocerlo poco, trayendo como consecuencia que el personal atiende a los usuarios de una manera distinta. Se aclara que debido a que es un área de nueva creación, aún no existen manuales, pero algunos de los entrevistados señalaron conocerla, teniendo como referente lo anterior, entonces, cada trabajador social realiza sus actividades en relación a lo que ellos consideran válido para desarrollar su trabajo.

GRÁFICA 18

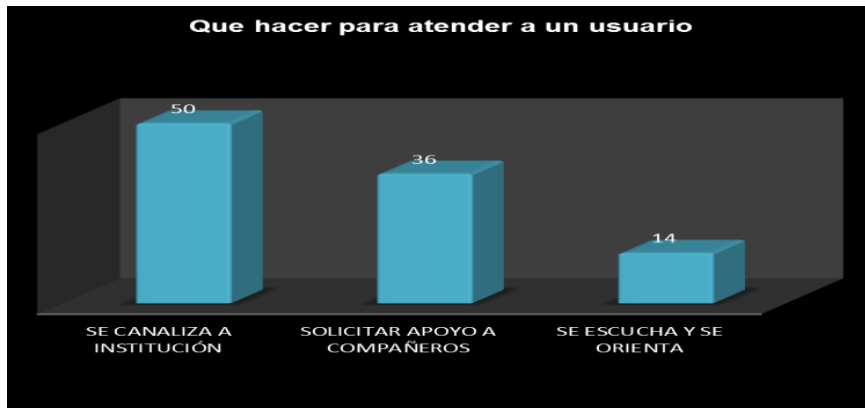


En la pregunta 5 se pidió señalaran ¿A qué obstáculos se enfrenta para brindar una atención de calidad a los usuarios?, los entrevistados manifestaron 7 diferentes respuestas, confirmando la falta de uniformidad en la atención, a continuación se detallan los comentarios.

- 1) El 30% indicó apatía de algunos compañeros de trabajo, la falta de personal, carga de trabajo.
- 2) 14% de los trabajadores respondieron hay ocasiones en que no se cuenta con los recursos humanos y materiales para brindar una atención más individualizada.
- 3) La poca colaboración del equipo médico, fue señalada por el 14% de los trabajadores.
- 4) El 14% comentó una mala referencia.
- 5) Falta de coordinación entre los jefes de servicios y los adscritos, este fue señalado por el 14% de los entrevistados.
- 6) El 7% señaló el número limitado de oficinas para la atención, el exceso de trabajo. Influye también la falta de instituciones que brinden atención especializada y tengan capacidad de ingresar a las personas referidas.
- 7) Finalmente el 7% de los trabajadores opina; no contar con un manual de procedimientos, no permitir implementar actividades por ser del área de atención ciudadana. (Gráfica 18)

El personal de trabajo social y atención ciudadana, señalan en un porcentaje amplio, la falta de colaboración del personal del área repercute en la atención a los usuarios y otra respuesta que nos ayuda a corroborar la ausencia de manuales de procedimientos, es necesario hacer énfasis en estos dos rubros para brindar una atención de calidad.

GRÁFICA 19

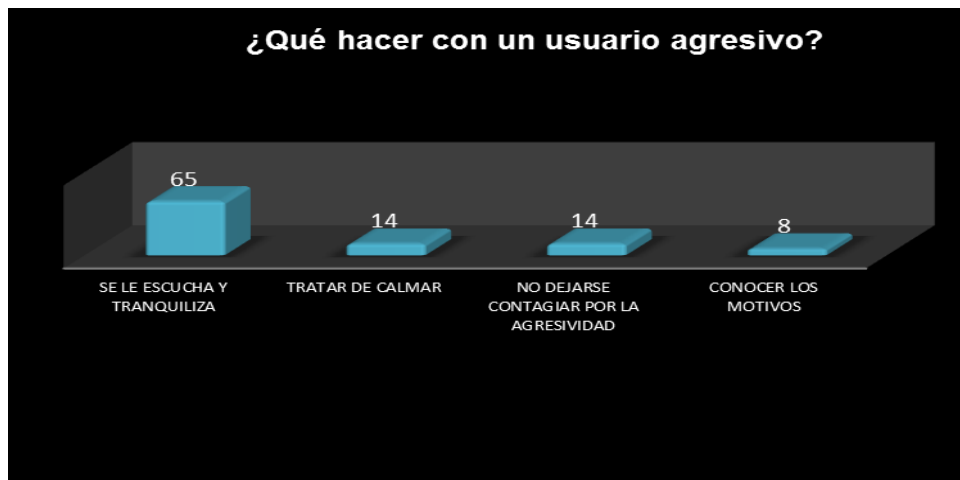


En lo referente a la pregunta 6 ¿Qué hace usted, cuando al atender a un usuario, el resolver su situación no está a su alcance? el personal respondió:

- a) El 14% señaló que se le escucha, se orienta sobre alternativas de solución.
- b) El 50% manifestó, se canaliza a la institución que resuelva su solicitud.
- c) El 36% comentó se solicita apoyo de otros compañeros u otras áreas y/o jefe de servicio. (Gráfica 19)

En relación al tema de la calidad de la atención, se preguntó que estrategias o herramientas utilizan al recibir a persona que se comporta de forma agresiva, la información recabada se plasmó de la siguiente forma:

GRÁFICA 20

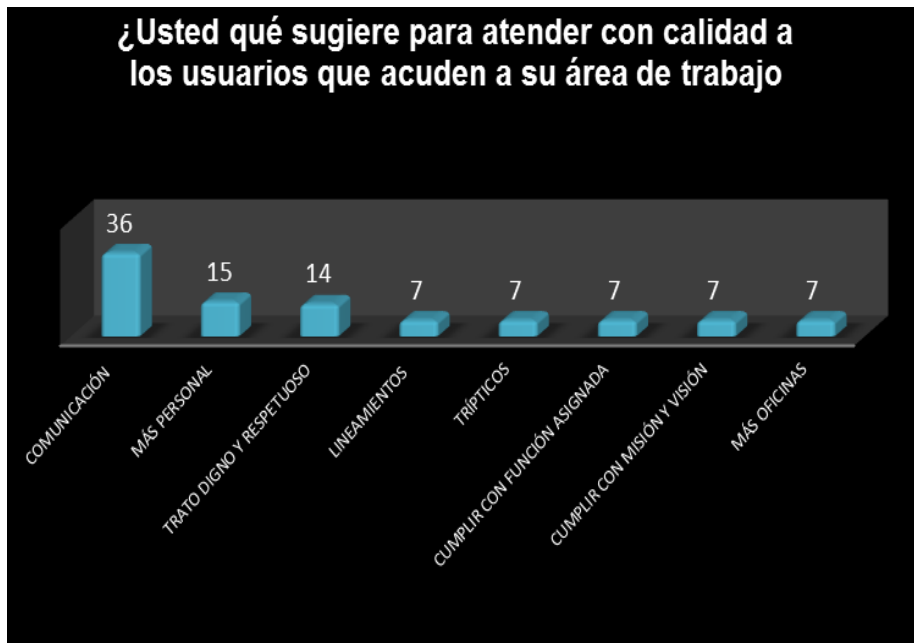


- a) El 65% opina que se le escucha, tranquiliza y se busca acercarlo a la atención o información que está solicitando.
- b) El 14% refiere que es necesario tratar de calmar y sugerirle realice su queja.
- c) El 14% señala no dejarse contagiar por su agresividad, mantenerse calmado, orientarlo nuevamente.
- d) El 8% de los trabajadores determinan que se deben conocer los motivos por los cuales se comporta de esa manera. (Gráfica 20)

Este reactivo como en el anterior, muestran un panorama totalmente contrario a lo que refieren los entrevistados, no es común que se le escuche al usuario, se trabaja de manera mecanicista, se le indica que no puede ingresar, resaltar que una de las funciones de los y las trabajadoras(es) sociales en el área hospitalaria es ser facilitadores, una de las actividades básicas se está dejando de lado, transformándose en una mala imagen para el área.

Si el fin es trabajar con un enfoque al usuario, es necesario preguntar a uno de los actores principales, las y los Trabajadoras(es) sociales, qué se puede hacer desde su ámbito de intervención para otorgar una atención que cumpla con las expectativas de los usuarios.

GRÁFICA 21



Con respecto a la pregunta 8 ¿Usted qué sugiere para atender con calidad a los usuarios que acuden a su área de trabajo? Las respuestas proporcionadas fueron las siguientes:

- Mayor comunicación entre paciente, familiares, médico y trabajo social, considerando por el 36% de los Trabajadoras(es) sociales.
- Más personal para que la carga de trabajo disminuya y la atención al usuario mejore, fue considerada por el 15 %.
- Mientras que el 14% señaló la importancia de dar un trato digno y respetuoso al usuario,
- El 7% comentó que es necesario reiterar lineamientos a usuarios.
- Igualmente el 7% opinó que es importante la elaboración de trípticos informativos
- También el 7% indicó cumplir con la función que se asigna y no hacer que se está realizando.

- g) El 7% refirió, tener presente la misión y la visión de profesión y de la institución.
h) Más espacios físicos para atender al paciente de manera confidencial, fue referido por el 7% de los trabajadores. (Gráfica 21)

En esta pregunta es necesario que haya una comunicación constante entre el paciente, familiares de éste, el equipo médico y los y las trabajadoras(es) sociales, en ocasiones el equipo médico da una indicación a los familiares de pacientes y al área de trabajo social otra, en la mayoría de las veces opuesta, situación que genera malestar tanto en el paciente como en los familiares. Es prioritario que el personal de trabajo social manifieste propuestas para mejorar la atención.

GRÁFICA 22



En la pregunta 9 se cuestionó en relación a su área de trabajo, señale ¿qué mejoras realizaría para la atención de los usuarios?, se recabaron las siguientes respuestas, por parte del personal de trabajo social y atención ciudadana.

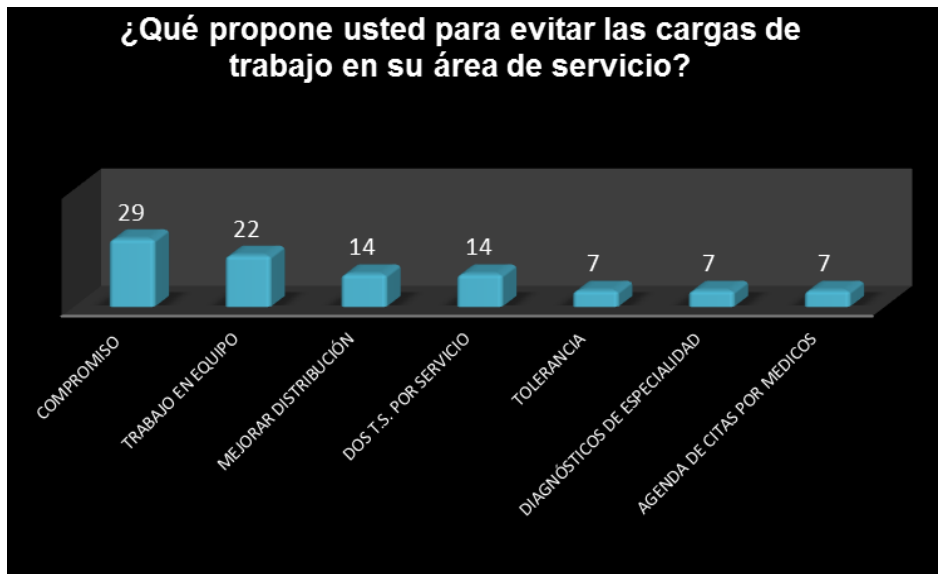
- a) El 20% refirió que hace falta un curso de relaciones humanas y que en las oficinas exista el material necesario y no se pierda tiempo en conseguirlo.
b) Mientras el 15% comentaron, la comunicación y compromiso de parte de los y las trabajadoras(es) sociales, es de las mejoras necesarias.
c) Que los jefes de servicio den consulta cuando un médico no acuda, opinó el 14% de los trabajadores.
d) El personal no tome una actitud rutinaria en cuanto a su trabajo, esto fue solicitado con el 14%.
e) El 10% de la población indicó que haya una computadora en el módulo principal para confirmar las citas al momento que se registra el paciente.
f) En los servicios haya dos trabajadoras(es) sociales, opinaron el 9%.

g) En consulta externa, personal administrativo agende las citas y trabajo Social oriente y realice acompañamiento, es la opinión del 9%.

h) Con el mismo porcentaje anterior opinó dosificar el acceso de usuarios al hospital en horas claves. (Gráfica 22)

Los y las trabajadoras(es) sociales consideran importante emprender acciones que van encaminadas a satisfacer las necesidades de los usuarios.

GRÁFICA 23



Finalmente en la pregunta 10 del cuestionario aplicado se preguntó ¿Qué propone usted para evitar las cargas de trabajo en su área de servicio? lo manifestado por los participantes se integró de la siguiente manera:

a) Todos los turnos de trabajo social se comprometan y no dejen pendientes, fue lo señalado por el 29%.

b) Mientras que el 22% sugirió que se trabaje en equipo y que sean equitativos.

c) El 14% consideró determinante la distribución adecuada del personal, por áreas y días de vacaciones.

d) Dos personas de Trabajo Social por servicio opinaron el 14%.

e) El 7% solicitó mayor tolerancia y educación social de la gente que se atiende.

f) Sólo recibir a pacientes con diagnósticos para un tercer nivel comentó el 7% de los encuestados.

g) Para finalizar el 7% comentó que en la consulta externa las citas subsecuentes sean asignadas por los médicos, colocar carteles informativos sobre servicios y trámites. (Gráfica 23)

Tomar en consideración las respuestas del personal es de suma relevancia, debido a que son los que están en constante interacción con los usuarios, lo que permite tener una visión más amplia de todo lo que acontece en esta relación.

Conclusión del estudio exploratorio

Con la aplicación de los instrumentos a usuarios, se encontró y observó lo siguiente; los Trabajadoras(es) sociales no poseen conocimientos sobre **“calidad”** y **“calidad en los servicios de salud”**, que contribuyan a brindar una atención que vaya más allá de los requerimientos de los usuarios, además, los usuarios percibieron una falta de atención hacia sus necesidades, trabajan en relación a la institución y no de ellos.

En relación al servicio brindado por los y las trabajadoras(es) sociales, los usuarios lo evalúan como una atención satisfactoria, sólo hacer algunas correcciones de coordinación entre los turnos, dar seguimiento a los casos de cada uno de los pacientes y trabajar en relación a la educación para la salud, en relación a esta actividad, una usuaria señaló; “se deberían crear grupos de padres de bebés prematuros”, plantea, “que se prepare a los padres para ver a su hijo que ha nacido prematuro”, la entrevistada refirió, “no es como tú lo imaginabas y la impresión que genera es muy traumatizante”, es necesario, que los y las trabajadoras(es) sociales tomen conciencia de la importancia de su labor y cómo repercute en la atención y satisfacción de los usuarios.

En lo que concierne a la actitud de los trabajadoras(es) sociales, los entrevistados señalaron que existe amabilidad, cortesía y buena actitud y en menor proporción observó una atención de mala gana, varios de los entrevistados, realizan una comparación con experiencias previas en otras instituciones de salud y consideran que el servicio y atención que reciben es satisfactorio.

Los usuarios comentaron en relación a la información recibida de los requisitos para ingresar a la institución, refirieron en su mayoría que fueron informados y en un menor número no le indicaron y tuvo que obtener la información de los mismos usuarios o en su caso le informaron a destiempo o no era verídica.

Derivado de la información recabada de los y las trabajadoras(es) sociales, se obtuvo que existe conocimiento del manual de procedimientos, no aplicándose en la práctica, corroborándose al preguntar el proceso a seguir en la atención de paciente en el área de urgencias, cada uno de los entrevistados contestó de forma distinta, dejando claro que no existe una atención semejante.

Se solicitó a los y las trabajadoras(es) sociales, señalaran los obstáculos para brindar una atención de calidad, entre los porcentajes más altos se encuentra apatía del personal para realizar sus actividades, falta de colaboración del personal médico y cargas de trabajo.

En lo que respecta al proceso para atender a un usuario, se observan varias respuestas para un solo proceso, lo que deja claro que no existe una homogeneidad en la atención que se otorga, situación similar se presenta en la pregunta que hacer cuando un usuario se comporta de forma agresiva.

En la misma temática, otro de los reactivos fue ¿usted qué sugiere para atender con calidad a los usuarios que acuden a su área de trabajo?, señalando como importante la comunicación entre el equipo de salud y los usuarios, mayor personal y brindar un trato digno y respetuoso a los usuarios.

Uno de los fines de la intervención del trabajador social es generar un ambiente de trabajo, bajo la metodología de la mejora continua, se preguntó ¿Qué mejoras realizaría para la atención de los usuarios?, las respuestas con mayor porcentaje fueron, falta de cursos de relaciones humanas, comunicación y compromiso del personal de trabajo social, que no tengan una actitud rutinaria.

Los usuarios tienen la última palabra en relación a la atención, las respuestas más significativas se encuentran la atención que recibieron fue; muy buena con un porcentaje mayor, otra respuesta el servicio brindado es bueno sólo que no le proporcionaron la información correcta, solicitaron una atención indivisa, otros percibieron un estado de stress, generando una atención de mala gana.

Se concluye que no existe un proceso que garantice la calidad de la atención, está de manifiesto que el trabajador social brinda un servicio en relación a sus conocimientos y no en relación a un manual, éste refiere como se debe brindar una atención que vaya más allá de lo que esperan los usuarios, percibieron una atención muy buena, pero trabajo social olvidó proporcionar más información, además, no existe un plan de calidad que contribuya a garantizar y monitorizar la atención otorgada, no existen manuales de calidad de la atención, ni círculos de calidad que busque resolver las problemáticas de su servicio, desde la óptica de la experiencia de las personas.

Para garantizar una atención de calidad es necesario realizar una planeación integral que busque garantizar la atención, al respecto Mejía, B (2004:21), señala que la Garantía de Calidad en Salud es un proceso Técnico-científico, Administrativo y Financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de los servicios de salud, con alto grado de utilización de los mismos, por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicios que ofrecen”.

Ante estos hallazgos y derivado del diagnóstico obtenido, se planeó el taller titulado: **“Calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, en él, se abordaron aspectos de “calidad” y “calidad en los servicios de salud”, desde los orígenes hasta la época actual, teniendo como fin primordial, que el personal de trabajo social tuviera elementos para trabajar dentro de la mejora continua, es decir, desde sus áreas de trabajo realizar una planeación que contribuya a resolver problemas que existentes.

Etapa II. Estudio de intervención

El taller se realizó en el auditorio de la institución, espacio amplio, cuenta con 100 butacas, no posee equipo electrónico para realizar presentaciones, por ello, se utilizó equipo de cómputo propio, las sesiones se planearon dentro del horario laboral de los participantes, el evento estaba planeado para que todo el personal de trabajo social participará, las personas asignadas al área de atención ciudadana decidieron no participar, por lo tanto, sólo se contempló al personal de asignado a trabajo social.

El área estaba integrada por 31 personas, de los cuales 6 se encontraban de vacaciones y una decidió no participar, el grupo estuvo compuesto por 22 trabajadoras sociales y 2 trabajadores sociales, distribuidos de la siguiente forma. 7 a turno matutino, 6 a vespertino y nocturno y 5 a la jornada acumulada

En primera instancia se realizó un tríptico (**apéndice 1 y 2**) en el que se mostraba la temática del taller, se elaboró una invitación (**apéndice 3**) para las y los trabajadoras(es) sociales del hospital para integrarse a participar, se diseñó para que se anotaran en el horario que más se apegaba a sus necesidades, debido a la falta de inscritos se optó por organizar los grupos por cada turno de trabajo, además se elaboraron las cartas descriptivas de cada una de las sesiones (**apéndice 4**).

El primer grupo estuvo conformado por trabajadoras sociales del turno matutino y vespertino, el segundo fue únicamente para personal de turno nocturno y el tercero fue para los integrantes de jornada acumulada.

Al término de los talleres se aplicó un instrumento para evaluar los conocimientos adquiridos durante el proceso, así como el significado de las palabras estímulos; “**Calidad**” (**apéndice 5**) y “**Calidad en los servicios de salud**” (**apéndice 6**) y por último calificar la dinámica de la aplicación del taller, teniendo con ello, un precedente para replica a otras áreas.

Escenario

Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez”. Pertenece al Gobierno del Distrito Federal, ubicado en la zona sur de la Ciudad de México, en Av. Tláhuac #4866, Col. San Lorenzo Tezonco, Delegación Iztapalapa, c. p. 06400.

Participantes

Universo: Trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez".

Criterios de inclusión para el taller

-Todos los Trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez".

Criterios de exclusión para el taller

-Personal que no sea trabajador social del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez".

Grupo de estudio

24 personas del área de Trabajo Social.

Procedimientos

El primer día se planeó que las y los trabajadoras(es) sociales, conocieran la historia de la calidad y el desarrollo a través del tiempo en el área industrial, permitiendo entender el surgimiento de este movimiento y los aportes realizados por la revolución industrial y Japón posterior a la segunda guerra mundial, así como Juran, Ishikawa, Ohno, Imai, Suzak, entre otros.

En el segundo día se abordaron temas relacionados con la calidad en el área de la salud y cómo se fueron sentando las bases para generar estándares de atención en salud, así como controles de calidad en los medicamentos, modelo de atención hospitalaria, evaluación de los servicios, auditoría en salud, evaluación de la eficiencia hospitalaria, modelo para evaluación de los servicios de salud y las etapas de la atención de calidad.

El tercer y último día, se mostraron técnicas para desarrollar trabajos de calidad, haciendo énfasis en la formación de círculos de calidad y el esquema de causa-efecto (espina de pescado) de Ishikawa, con esta última estrategia, se realizaron ejercicios, las y los trabajadoras(es) sociales presentaron problemáticas en su área de trabajo y se analizaron las causas que los generan.

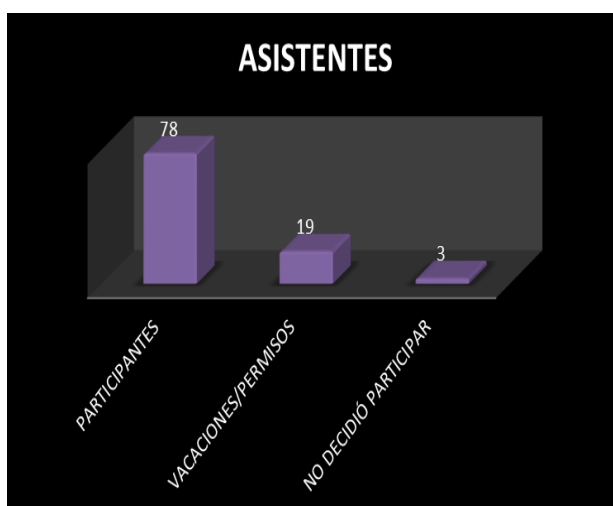
Al final se aplicó un instrumento de 20 reactivos de los cuales 16 fueron de opción múltiple y 4 abiertos, el fin era que los participantes señalaran los conocimientos relacionados con calidad y calidad en los servicios de salud.

CAPÍTULO 7 RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

A continuación, se presentan los datos obtenidos durante el proceso de intervención en el taller denominado **“Calidad elemento fundamental en el proceso de atención”**, se buscó que los participantes mostraran sus experiencias relacionadas con la calidad de la atención, son los y las trabajadoras(es) sociales los únicos que conocen la dinámica, las necesidades y los que pueden proponer alternativas de solución que favorezcan las expectativas de los pacientes y sus familias. El taller se conformó por trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez, fue un grupo abierto, ya que se permitió el ingreso o egreso de los integrantes y se consideró secundario debido a que se conformó únicamente para el desarrollo del ejercicio.

Características de los participantes

GRÁFICA 24



Muestra el porcentaje de los trabajadoras(es) sociales que conforman el departamento.

De 31 personas adscritas al área de Trabajo Social, sólo 24 decidieron participar en el taller, es decir el 78%, el 19% no acudió por encontrarse de permiso o de vacaciones y el 3% expresó su deseo de no participar. (Gráfica 24)

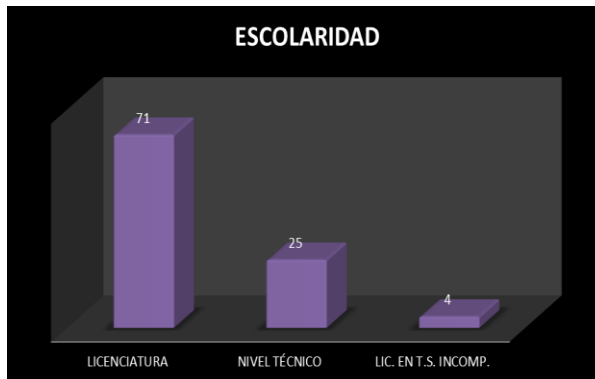
GRÁFICA 25



Muestra el sexo de los participantes en el taller.

De los 24 participantes en el taller el 98% corresponde a personas del sexo femenino y el 2% al masculino, observándose que la participación de las mujeres está relacionada con el número de mujeres que integran el departamento de trabajo social del Hospital Belisario Domínguez. (Gráfica 25)

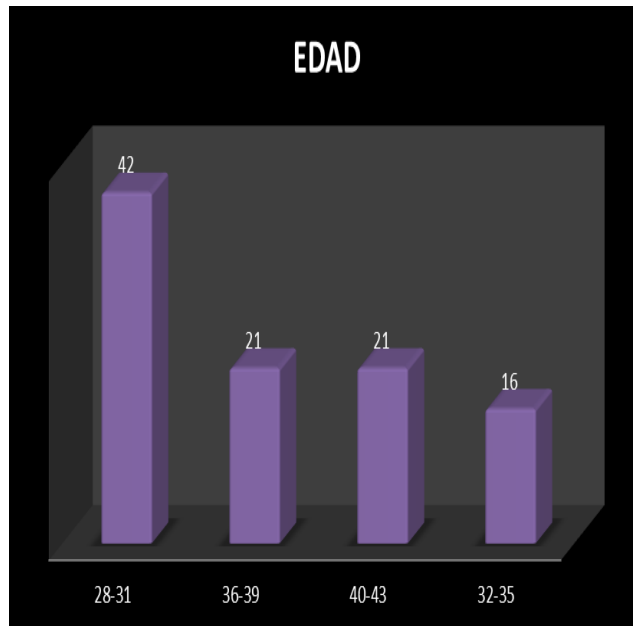
GRÁFICA 26



Muestra la escolaridad de los participantes en el taller.

En relación a la educación el 71% poseen estudios de licenciatura, el 25% nivel técnico y con 4% licenciatura hasta el 4º semestre, se aprecia que el nivel de escolaridad de los trabajadores es alto. (Gráfica 26)

GRÁFICA 27

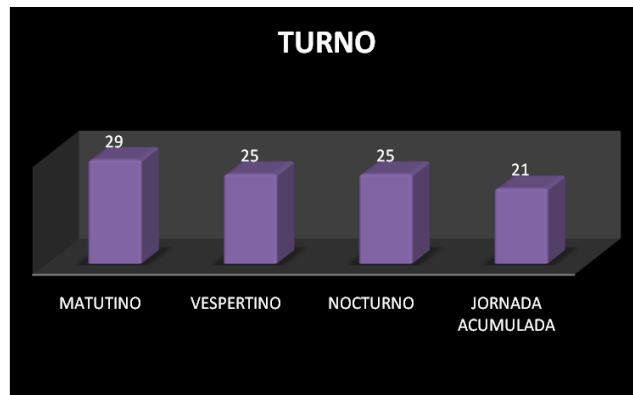


Muestra la edad de los participantes en el taller.

La edad del personal que acudió al taller fue de 28 a 31 años el 42%, de 36 a 39 con el 21%, con el mismo porcentaje se encuentran de 40 a 43 y de 32 a 35 con el 16%. (Gráfica 27)

En lo referente a la distribución del personal se observó que mayormente se encuentran asignadas al turno matutino, esto debido al número de usuarios que acuden a solicitar atención médica es por la mañana.

GRÁFICA 28



Muestra el horario de trabajo de los participantes en el taller.

La distribución del horario de trabajo está organizado de la siguiente forma, el 29% se concentra en el turno matutino, 25% labora en el vespertino y nocturno y en jornada especial el 21%. (Gráfica 28)

Descripción del conocimiento

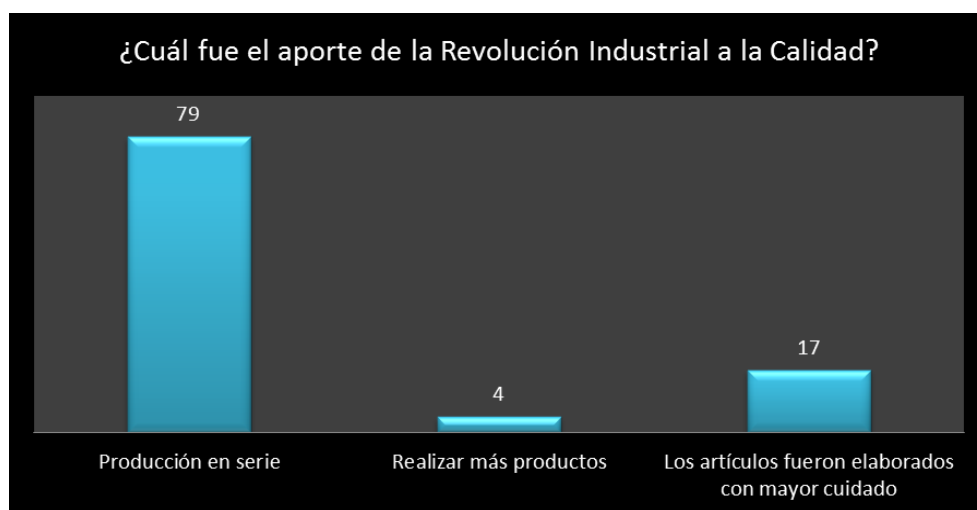
Derivado del instrumento aplicado al término del taller, integrado por 20 reactivos, 16 fueron cerrado y 4 abiertos, se observó que las respuestas fueron descritas en relación a la información proporcionada durante el desarrollo de las sesiones, los participantes lograron expresar y utilizar la metodología de el diagrama de causa-efecto de Ishikawa.

La industria fue el referente fundamental para la calidad, con el fin de mejorar sus productos y obtener una mayor ganancia, iniciaron procesos cíclicos, a la fecha se pueden observar, ellos han permitido posicionar a empresas por encima de otras únicamente por cambiar la forma tradicional de trabajar, cambiar el enfoque de trabajo incluir al cliente dentro del proceso productivo, situación que los ha vuelto más competitivos y más rentables.

Conocer las necesidades de los usuarios, ha sido un factor determinante en las instituciones de éxito, el cual lo basan por incluir dentro de todo el proceso tanto a usuarios internos como externos. A continuación se muestran los resultados obtenidos derivado de la sistematización desarrollada.

La primer pregunta se refirió a ¿Cuál fue el aporte de la Revolución Industrial a la Calidad?, la contribución sustancial fue la producción en serie, esta es una de las características fundamentales de la industria, lograron hacer productos similares y con la misma calidad disminuyendo los costos y aumentando las ganancias, se aprecia que los participantes usaron experiencias previas, así como, la información proporcionada en el taller “**Calidad elementos fundamental en la satisfacción del usuario**”, el 79% de los asistentes acertaron a la respuesta correcta. (Gráfica 29)

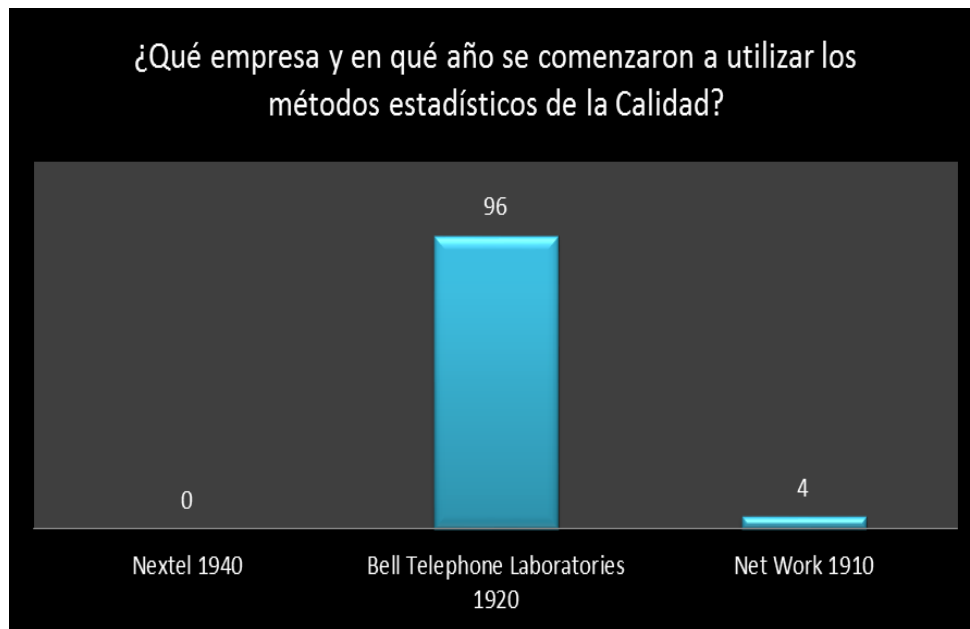
GRÁFICA 29



Muestra el aporte de la Revolución Industrial a la Calidad.

El segundo reactivo se refería a ¿Qué empresa y en qué año se comenzaron a utilizar los métodos estadísticos de la Calidad?, registrar en qué parte del proceso, había acciones que no estuvieran contempladas y que afectaban parte de todo el proceso, fue una de las aportaciones realizadas por Bell Telephone Laboratories en el año de 1920, esta aportación tenía como finalidad realizar la correcciones correspondientes para garantizar los servicios proporcionados.

GRÁFICA 30



Muestra a Bell Telephone Laboratories como la respuesta correcta

Se observa que los temas abordados durante el desarrollo del taller permitieron que los participantes acertaran a la respuesta correcta con un 96% y lograr visualizar la utilidad de la estadística en la toma de decisiones. (Gráfica 30)

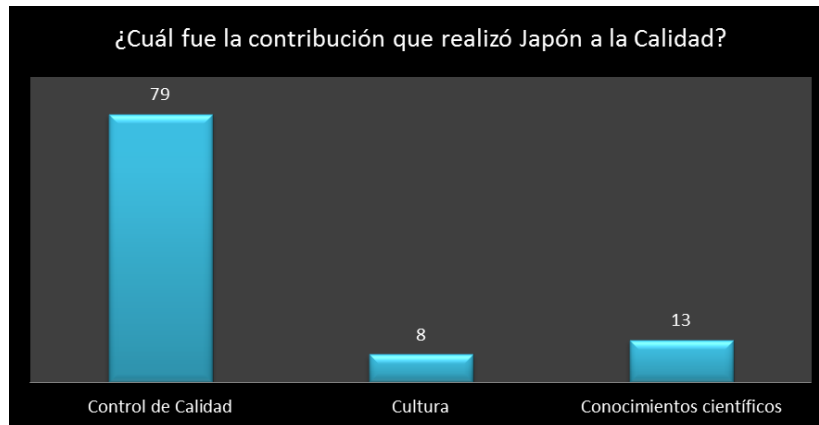
Japón es uno de los primeros países que incorporaron el uso de métodos estadísticos para garantizar los productos que ofertaban, lograr detectar fallas durante el proceso fue determinante en el posicionamiento de sus productos.

JAPÓN EN LA CALIDAD

Si existe alguna nación que puede hablar de la calidad en el área industrial es Japón, posterior a la Segunda Guerra Mundial quedaron destruidos y condicionados a no competir con sus productos hasta no cumplir una serie de normas, esto debido a que estaban considerados de mala calidad, después de algún tiempo mostraron una metodología que desarrollo a su industria, buscaron garantizar sus productos a través de la confianza de sus consumidores.

La siguiente pregunta se refiere a ¿Cuál fue la contribución que realizó Japón a la Calidad?, la respuesta correcta es el Control de Calidad, después de la segunda guerra mundial quedaron en ruinas, comenzaron a trabajar en estrategias que permitieran garantizar sus productos y posicionarse en la preferencia de los consumidores, así como ser un referente de la calidad a nivel mundial.

GRÁFICA 31

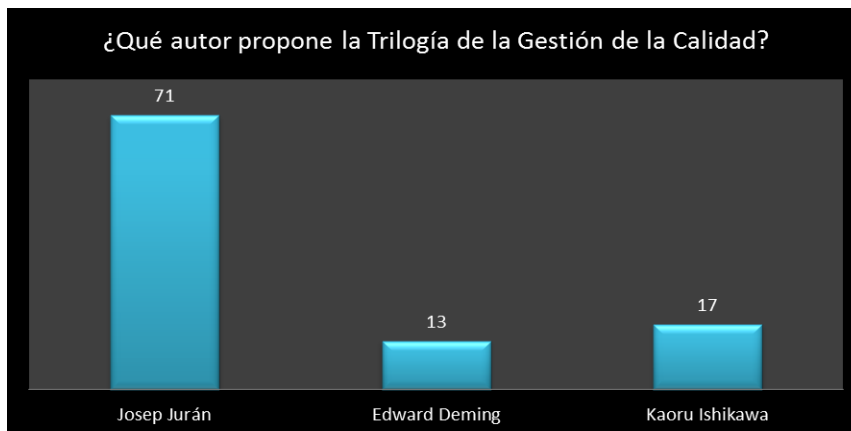


Muestra al Control de calidad como la respuesta correcta

En relación a este reactivo señalaron con el 79% que la aportación de Japón fue el control de calidad, siendo esta una respuesta correcta. (Gráfica 31)

Durante el desarrollo del taller se mostraron los trabajos realizados por promotores de la calidad en el área industrial, las aportaciones realizadas fueron perfeccionado el desarrollo de actividades en el área industrial, para este ejercicio se pidió mencionar ¿Qué autor propone la Trilogía de la Gestión de la Calidad?

GRÁFICA 32

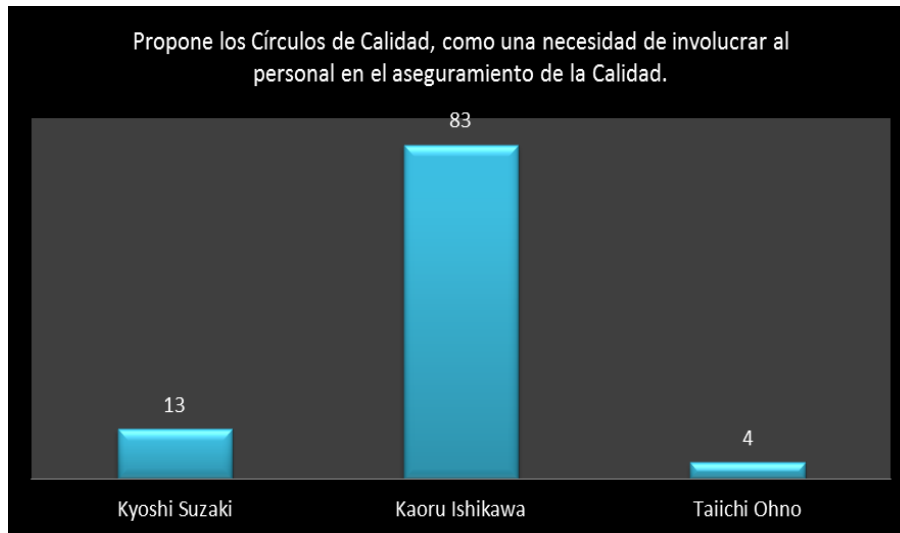


Muestra al autor de la Trilogía de la Gestión de la Calidad.

En relación a la aplicación del instrumento se observó que los asistentes acertaron con el 71% que Josep Jurán propuso la Trilogía de la Gestión de la Calidad, además, lograron diferenciar entre las aportaciones realizadas otros promotores de la calidad en el área industrial. (Gráfica 32)

Ishikawa es uno de los exponentes que ha realizado aportaciones significativas en el ámbito de la calidad, entre ellos los Círculos de Calidad. Como una necesidad de involucrar al personal en el aseguramiento de los procesos, a través de las propuestas de solución, son una estrategia fundamental cuando se desea trabajar bajo estándares previamente establecidos. Es el factor humano uno de los elementos principales para el abordaje y transformación de ciertas áreas de oportunidad, teniendo como característica principal la experiencia de las personas.

GRÁFICA 33



Presenta a Kaoru Ishikawa como la respuesta correcta

Asegurar la calidad por medio de la participación de las personas desde la experiencia que poseen es una oportunidad de trabajar hacia los requerimientos de los usuarios, al término del taller se obtuvo que los participantes acertaron con el 83% a la respuesta correcta de que quién propone los Círculos de Calidad es Kaoru Ishikawa. (Gráfica 33)

Los círculos de calidad, buscan mejorar las actividades diarias a través de las experiencias de las personas, tener un enfoque hacia el usuario para brindar una atención que vaya más allá de lo que esperan.

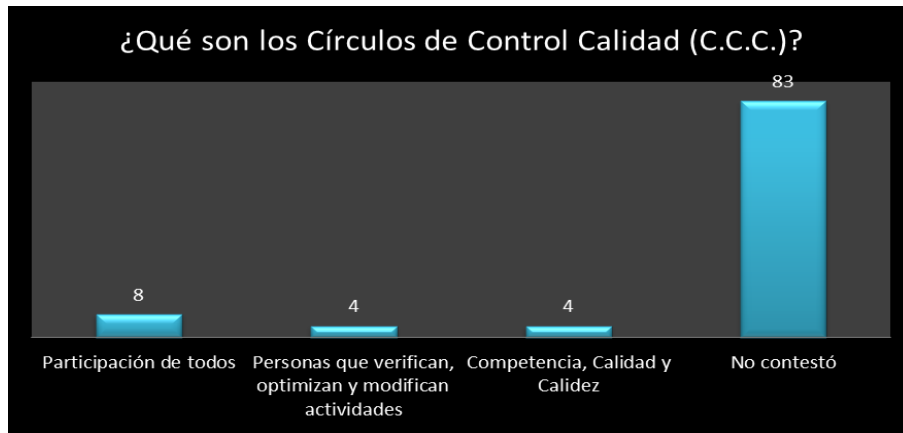
En la siguiente pregunta se solicitó a los participantes, señalaran qué son los Círculos de Control Calidad (C.C.C.), este fue un reactivo abierto, lo que permitió observar la percepción de los y las trabajadoras(es) sociales.

Al término del taller el 54% indicó que es un grupo de personas que analizan un proceso para mejorar, el 8% comentó que son acciones para satisfacer al usuario, con el 4% refirió ser una estrategia para ejecutar un proceso y el 33% no contestó. (Gráficas 34)

Se observa que los participantes lograron comprender la definición y utilidad de los Círculos de Calidad, estos son indispensables en las organizaciones que desean brindar una atención que impacte positivamente en los usuarios, ésta herramienta

más el uso de la metodología del esquema de causa-efecto de Ishikawa garantizan una calidad de la atención.

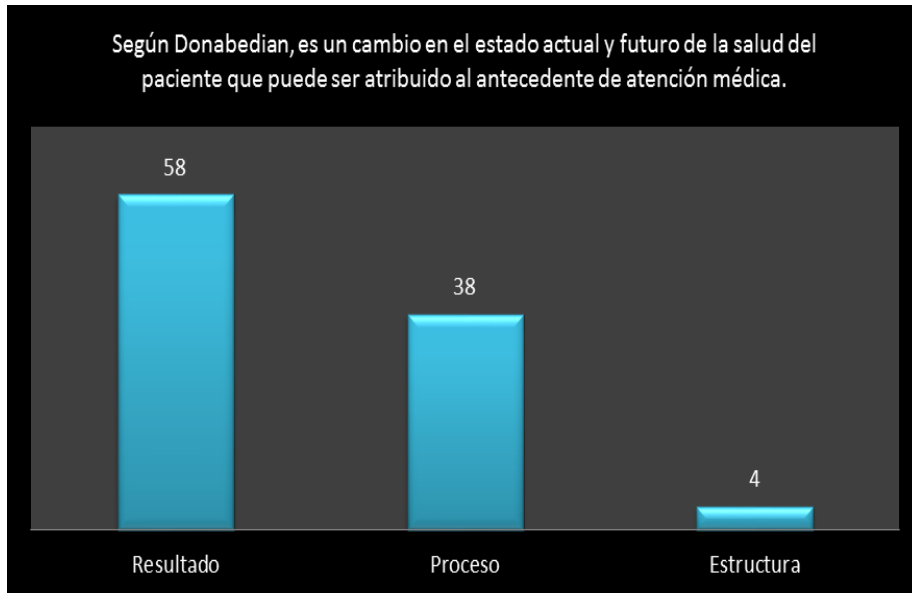
GRÁFICAS 34



Muestra los resultados pretest y postest para los Círculos de Control de Calidad.

En este ejercicio, se evidenció el aprovechamiento de los y las trabajadoras(es) sociales asistentes al taller ya que se apreció el impacto que generó conocer la utilidad del Diagrama de Ishikawa, los Círculos de Calidad y cómo favorecen en la mejora de la calidad.

GRÁFICA 35



Muestra la aportación realizada por Donabedian

En este reactivo la pregunta fue según Donabedian, es un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica, al término del taller el 58% señaló como la respuesta correcta el resultado, éste es fundamental para valorar si un servicio recibido es satisfactorio o deficiente, de allí la importancia que se contemple un como indicador principal para evaluar la atención recibida en una institución. (Ver gráfica 35)

La calidad es todo el contexto los procesos de atención, la unión de los objetivos y esfuerzos por ofrecer un servicio que cumpla con lo esperado por los usuarios, es buscar la satisfacción de ellos.

Hasta ahora hemos abordado temas como; Calidad de la Atención, Círculos de Control de Calidad, de la Garantía de la Calidad, de Calidad Total, pero, ¿Qué es la Calidad?

Derivado de la aplicación del instrumento el 50% de los participantes señalaron brindar una atención oportuna al paciente y satisfacer su necesidad. Debido a que fue una pregunta abierta, todas las respuestas proporcionadas tienen relación con la calidad, se desprende que los participantes poseen experiencias pasadas más lo visto en el taller permitió tener una idea más clara de ¿Qué es la calidad? (Gráfica 36)

GRÁFICA 36



Muestra el resultado a la pregunta ¿Qué es Calidad?

Las respuestas ofrecidas por los participantes en el taller en relación a la calidad, dejó claro que hubo la comprensión del concepto y su efecto en las personas.

Garantizar la atención que se brinda a los pacientes y su familia, es una labor no sólo del servicio de trabajo social sino de todas las áreas que integran la institución, se aprecia que los participantes tienen presente el enfoque hacia las necesidades de los pacientes, haciéndose necesario conocer ¿Qué es la garantía de calidad?.

GRÁFICA 37

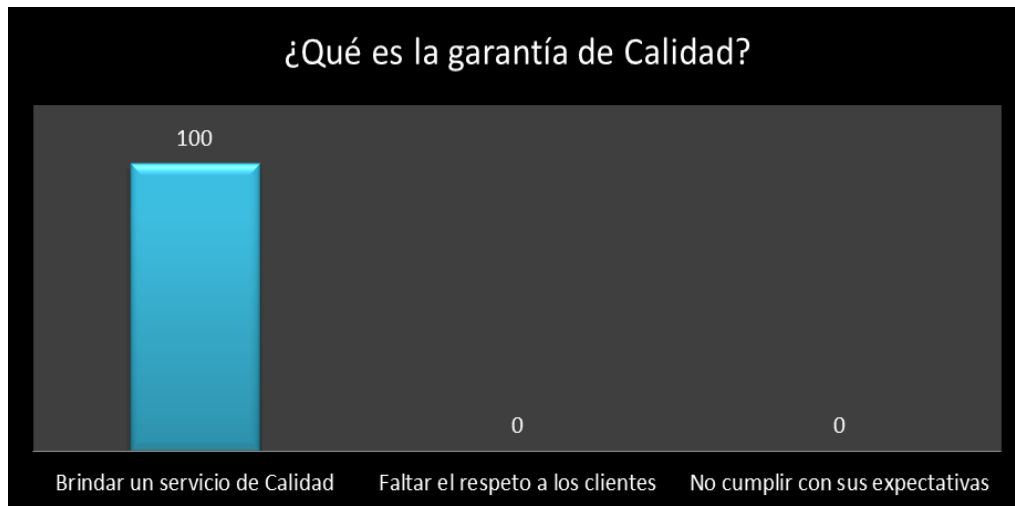


Muestra los resultados para la pregunta Qué es calidad de la atención

Uno de los requisitos indispensables en la prestación de un servicio es, conocer qué es Calidad de la Atención, para ello debemos estar enterados de su conceptualización y aplicación, el 79%, consideran necesario hacer uso de la infraestructura con la que cuenta la institución y con el 21% brindar una atención bien y a la primera que satisfaga las necesidades de los pacientes y su familia. (Gráfica 37)

Actualmente, la mayoría de las organizaciones tienen como finalidad garantizar tanto los productos como los servicios que ofrecen, una estrategia fundamental para la satisfacción es una atribución que se debe rescatar y conservar para que los usuarios satisfagan sus requerimientos.

GRÁFICA 38



Muestra los resultados de brindar una atención de calidad.

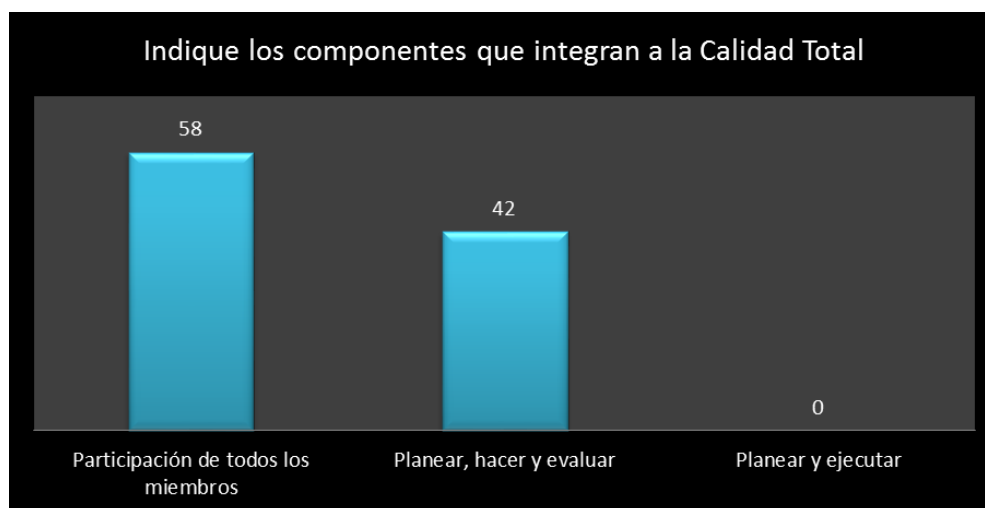
Derivado de la aplicación del instrumento posterior al taller se obtuvo que el 100% de los participantes señalaron brindar un servicio de calidad es fundamental para tener un enfoque centrado en el usuario, garantizar la atención que se ofrece es primordial para ganar la confianza de la única razón de existir, el usuario y su familia. (Gráfica 38)

Otorgar una atención que cumpla con las expectativas del paciente y su familia, es importante para las instituciones que buscan tener una espacio de reconocimiento y de preferencia.

Cumplir con los objetivos de la organización, de los prestadores de servicios y de los que lo reciben, es garantizar la permanencia de la institución en la mente de las personas y ser un referente dentro del sistema de salud, la importancia que cada uno de los actores cumplan o cubran sus expectativas.

La calidad total no sólo se refiere al exterior de la organización, también hacia interior debe existir esta política, cada una de las áreas o departamentos deben cumplir con las necesidades de cada uno de ellos, es decir, observarla como un todo.

GRÁFICA 39



Muestra los componentes de la Calidad Total.

Los componentes que integran a la calidad total, son todos los miembros y departamentos que integran la organización, trabajar dentro de los ámbitos de calidad, hace insoslayable la participación de todos para controlar y satisfacer las necesidades del usuario. En esta pregunta los participantes se inclinaron en señalar; se refiere a la participación de todos los miembros con el 58% (Gráfica 39)

Con la participación de todos los miembros de la organización, se pueden realizar actividades que contribuyan a mejorar escenarios, cada individuo desarrolla habilidades que permiten destacar en ciertos ámbitos, esto es, la filosofía del trabajo en equipo resalta las fortalezas y debilidades de las personas para tener resultados óptimos, a través del trabajo en común.

GRÁFICA 40



Muestra las respuestas de qué entiende por trabajo en equipo

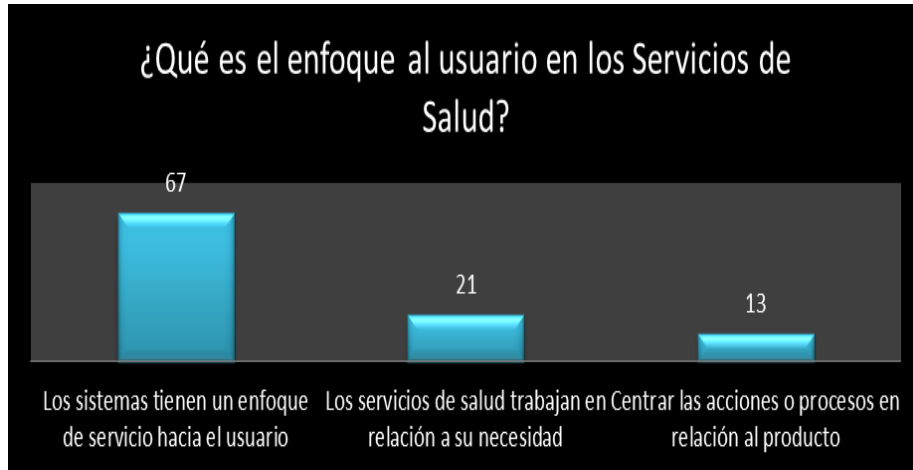
Al personal se le preguntó si conocía qué era trabajo en equipo, el 21% señaló; coordinación con un grupo de personas para una tarea, 75% indicó que es la integración de individuos con un objetivo en común y el 4% no contestó. Las respuestas proporcionadas por los participantes tienen relación con el trabajo en equipo, cada una tiene elementos para el trabajo en conjunto. (Gráfica 40)

Garantizar la atención que se brinda a los usuarios, es una tarea fácil cuando se conocen las necesidades de estos, recordar que la calidad es determinada por ellos, los comentarios y sugerencias que realizan son fundamentales para enfocar la atención hacia sus requerimientos.

Las organizaciones han comenzado a trabajar en relación a las necesidades de clientes o usuarios, en los servicios de salud también se han incorporado programas para mejorar el estado de salud de los pacientes y a su vez recibir una atención que rebasa las expectativas.

La calidad en el área de la salud se refiere a la conjugación de los objetivos de todos los participantes en el proceso de atención, con el fin de elevar la salud de la población, a través de una metodología que garantice los óptimos resultados.

GRÁFICA 41

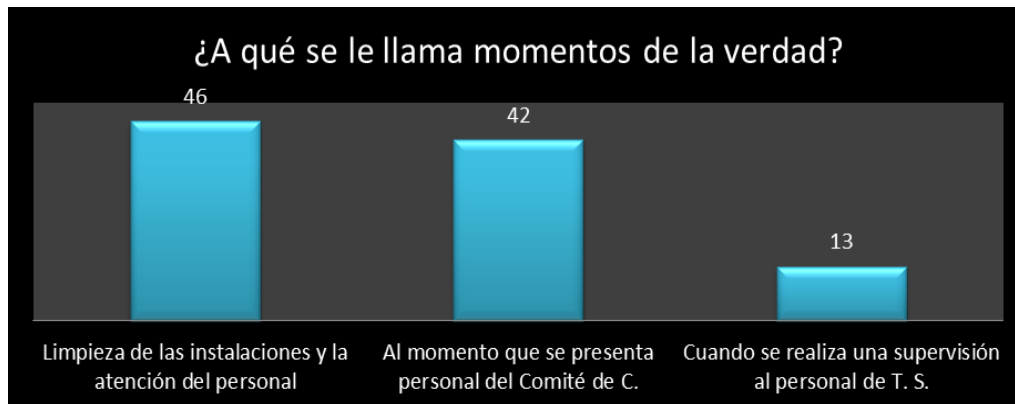


Muestran los resultados del enfoque al cliente.

Tener un enfoque hacia el usuario, es prioritario cuando el objetivo es la atención de calidad, esta situación se manifestó con la pregunta; ¿Qué es el enfoque al usuario en los Servicios de Salud?, las respuestas proporcionadas por los asistentes al taller quedó de la siguiente manera, con el 67% señalaron que los sistemas tienen un enfoque de servicio al usuario, con el 21% los servicios de salud trabajan en relación a su necesidad y con el 13% centrar las acciones o procesos en relación al producto. (Gráfica 41)

Actualmente las organizaciones incorporan en sus procesos al usuario, esto muestra estar convencidos que desean ser competitivos en su rama, deben trabajar para cumplir con los requerimientos del público a quien están dirigidos, garantizando su permanencia y preferencia, este enfoque permitirá garantizar los momentos de la verdad, entendida como la planeación de las acciones y actividades de las áreas o departamentos para satisfacer sus necesidades.

GRÁFICA 42



Muestra los resultados de la pregunta momentos de la verdad.

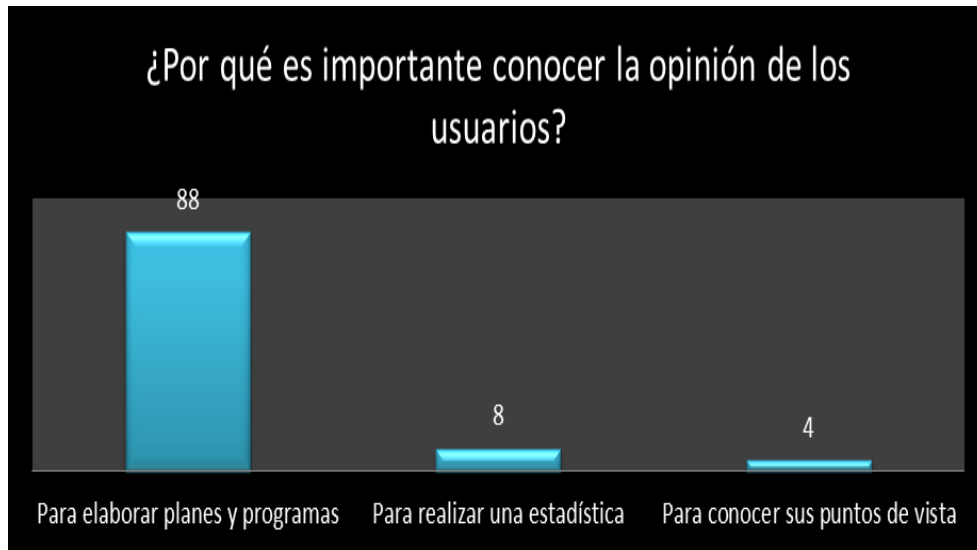
Los momentos de la verdad son espacios de gran trascendencia dentro del proceso de calidad, en la pregunta ¿A qué se le llama momentos de la verdad?, se

refiere a las acciones que realiza la institución para el usuario, con el único fin de crear una buena impresión de la institución y se constata que los procesos tienen un enfoque hacia sus necesidades y que todo el personal trabaja de manera coordinada para cumplir con su misión.

En el instrumento aplicado a los participantes en el taller se obtuvo que el 46% refirió; la limpieza de las instalaciones y la atención del personal, el 42% señaló al momento que se presenta el comité de calidad y con el 13% lo asoció al momento en que hay una supervisión para el personal de trabajo social. (Gráfica 42)

En relación a la pregunta; ¿Por qué es importante conocer la opinión de los usuarios?, los comentarios y sugerencias que ellos realizan son fundamentales para enfocar la atención hacia sus requerimientos.

GRÁFICA 43



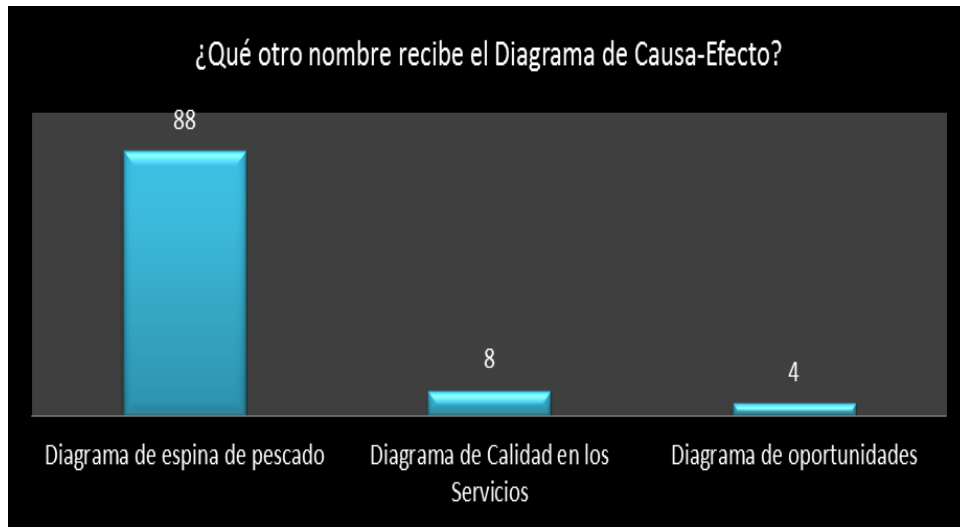
Resultado de la importancia de la opinión de los usuarios.

Los participantes al taller señalaron con el 88% elaborar planes y programas, con el 8% para realizar una estadística y con el 4% sólo para conocer sus puntos de vista, de este ejercicio se aprecia que los asistentes lograron identificar en su mayoría la importancia de la opinión de los usuarios. (Gráfica 43)

Actualmente las organizaciones están más cerca de los usuarios, recabando información de primera mano que contribuya a conocer sus necesidades, para que a partir de ello, generar una planeación que lo incluya para garantizar el funcionamiento del sistema.

Un ejercicio indispensable en el taller “**Calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario**” fue el uso del Diagrama de Ishikawa, con él se generaron propuestas para cambiar actividades que impiden una atención satisfactoria a los usuarios, esto incide directamente en la imagen hacia los pacientes y su familia de la institución, primero se cuestionó ¿Qué otro nombre recibe el Diagrama de Causa-efecto? con el 88% refirió como el Diagrama de espina de pescado, el 8% señaló como diagrama de calidad en los servicios de salud y con el 4% lo asoció como diagrama de oportunidades. (Gráfica 44)

GRÁFICA 44



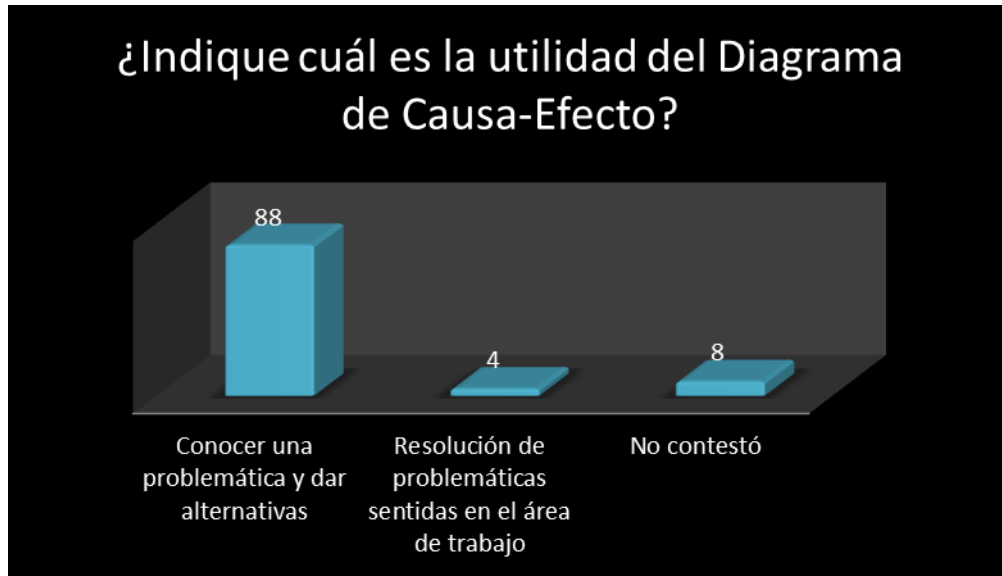
Gráfica y cuadro 44. Muestra el nombre asignado al diagrama de Ishikawa

El diagrama de causa-efecto de Ishikawa es una herramienta sustancial en las organizaciones que trabajan en la mejora continua, con este instrumento metodológico se logra identificar los obstáculos que impiden se otorgue una atención de calidad.

Esta es la propuesta del pensador japonés, pero cuál es su utilidad, es una herramienta sustancial en los procesos de calidad, permite visualizar el proceso como un todo y detecta en que parte existe alguna desviación que afecte tanto la prestación de un servicio como la coordinación con otras áreas o departamentos.

Derivado de la aplicación del instrumento al término del taller se cuestionó de la utilidad del diagrama de causa-efecto, el 88% de los participantes, refirió que hay que conocer una problemática y proporcionar alternativas, con el 4% señalaron la resolución de problemáticas sentidas en el área de trabajo y con el 8% no contestaron a este cuestionamiento. (Gráfica 45)

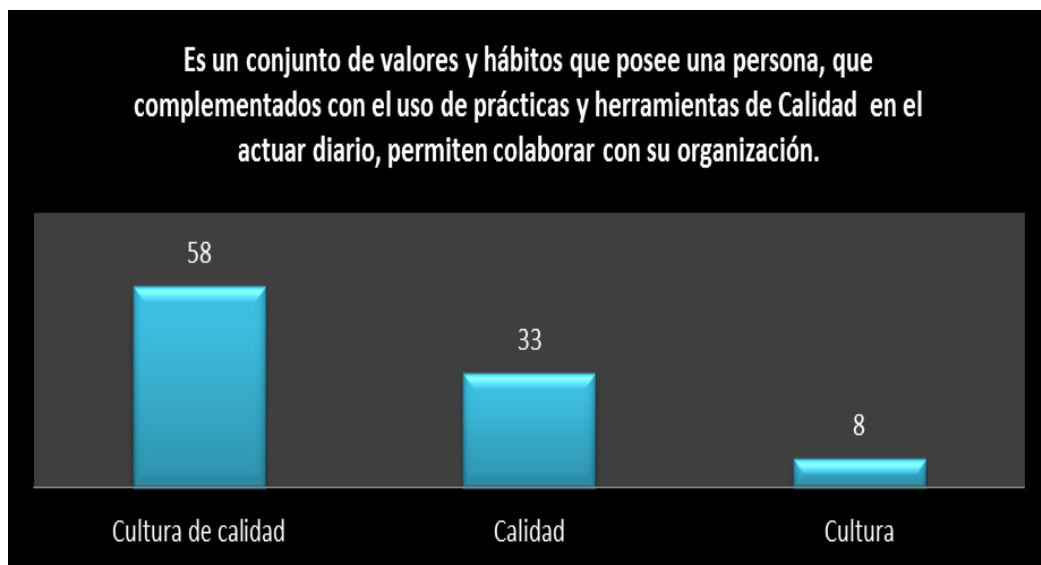
GRÁFICA 45



Muestra los resultados del esquema causa-efecto

Los trabajos realizados relacionados con la calidad, han contribuido a fortalecer los trabajos en los servicios de salud, caminar hacia una cultura de satisfacer los requerimientos de las personas, es ir en busca de mejorar cada día más lo que se hace, esto es cultura de calidad

GRÁFICA 46

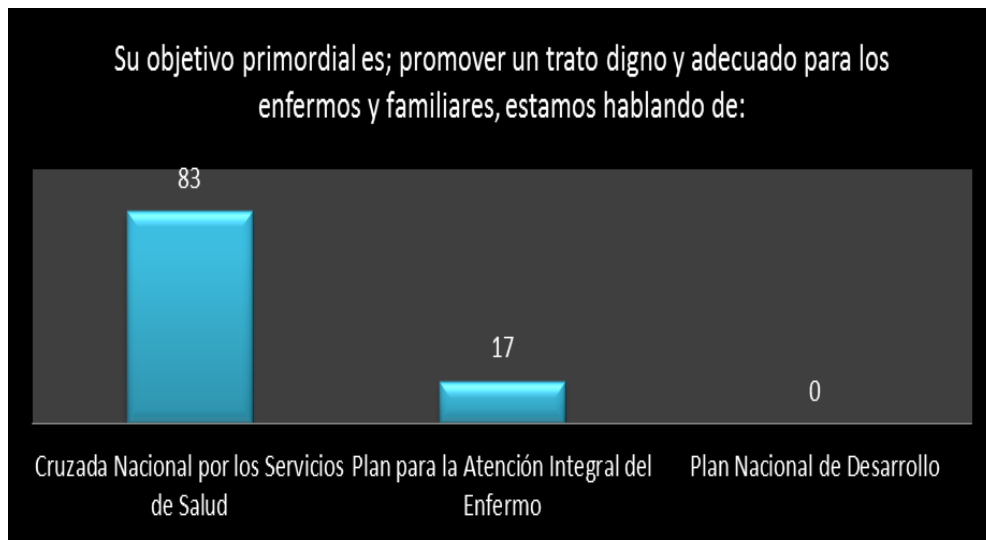


Gráfica 46. Muestra los resultados para una Cultura de Calidad

Un cambio en la cultura de la institución debe enfocar sus procesos hacia la cultura de la calidad, retomar valores de la institución, asociados con metodología de calidad en los servicios de salud, propiciarán en el empleado un sentido de pertenencia, el cual se observará en su desempeño y en las propuestas realizadas para modificar procesos, en el este reactivo se preguntó ¿Qué es un conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de Calidad en el actuar diario, permiten colaborar con su organización? el 58% de los participante señaló a la cultura de calidad, con el 33% calidad y con el 8% cultura. (Gráfica 46)

El Gobierno ha planteado programas en caminados a mejorar la atención en los espacios públicos, este es el caso de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, tiene como fin ofrecer un trato digno a los usuarios de los servicios de salud, en el instrumento se incluyó un reactivo que mostrará el conocimiento de los participantes sobre dicho programa.

GRÁFICA 47



Gráfica 47. Muestra la respuesta a la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, tuvo como finalidad; promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familias, a esta pregunta, las y los trabajadoras(es) sociales acertaron su respuesta con el 83%, con el 17% señalaron el plan para la atención integral del enfermo. (Gráfica 47)

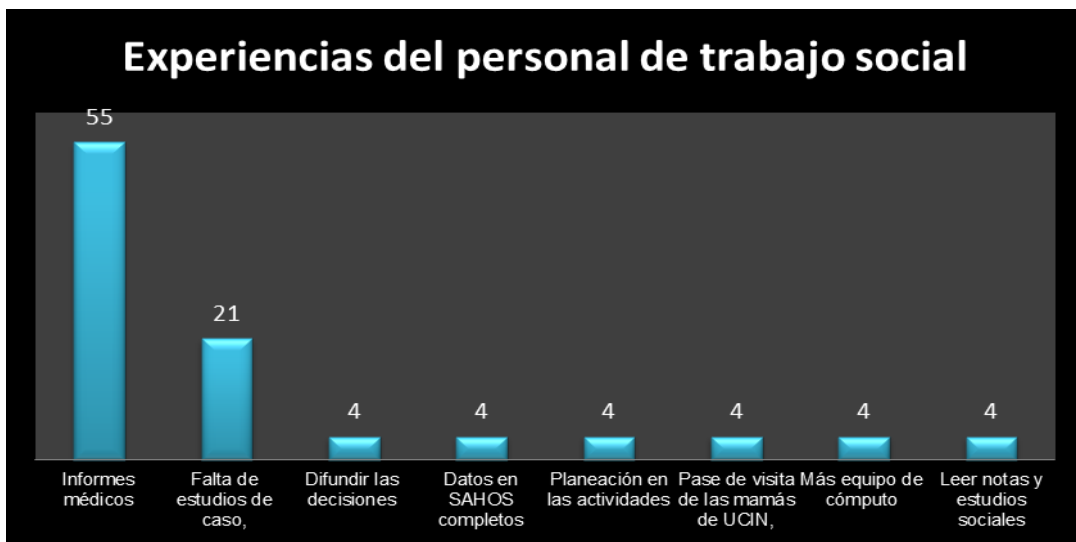
Esta cruzada fue un referente para los trabajos relacionados con la calidad, se observó la intención del Gobierno de mejorar los servicios de salud, a través del trato digno a los usuarios.

EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL RELACIONADAS CON LA CALIDAD

Conocer ampliamente las experiencias de las y los trabajadoras(es) sociales, es indispensable para la toma de decisiones, para planear, la aportación de las ideas y conocimientos del personal que conoce la dinámica del área son elementos o factores fundamentales para el éxito o fracaso de una propuesta.

Con el fin de saber, cuál es la postura del personal de trabajo social que participó en el taller “**Calidad elemento fundamental en la satisfacción del usuario**”, se solicitó expresar sus experiencias en la atención a los usuarios.

GRÁFICA 48



Muestra los obstáculos para una atención de calidad.

El ejercicio posterior al taller mostró que los asistentes refirieron un mayor número de obstáculos y fueron más específicos en los comentarios, entre los que destacan los siguientes: el 55% solicita que el equipo médico proporcione informes a los usuarios, el 21% señala la falta de estudios de caso, con el 4% refirieron; pase de visita de las mamás de UCIN, difundir en todos los horarios las decisiones tomadas por autoridades, los datos de los pacientes en el SAHO no estén incompletos, solicitan que haya una mayor planeación en las actividades realizadas, solicitar más equipo de cómputo realizar seguimiento de casos y leer notas y estudios sociales. (Gráfica 48)

Habiendo analizado la parte del conocimiento, se realizó un ejercicio de redes semánticas, el fin era conocer el significado y la asociación que realizaron los y las trabajadoras(es) sociales con las palabras estímulo; “**Calidad**” y “**Calidad en los servicios de salud**”

REDES SEMÁNTICAS

Con el objetivo de conocer el significado que asignan los y las trabajadoras(es) sociales a dos palabras estímulos se aplicó la Técnica de redes semánticas naturales, Figueroa, González y Solís (1981) y Valdez (2005), la instrucción fue; con el uso de diferentes palabras (adjetivos, nombres, sinónimos, etc.) defina, qué entiende por; **“Calidad”** y **“Calidad en los Servicios de Salud”** no utilice artículos, ni abreviaturas, ni frases, refiera al menos cinco palabras definidoras, en la segunda columna, anote por orden de importancia la palabra que mejor defina al concepto, por ejemplo; el número 1 para la que mejor represente al concepto, el número 2 para la siguiente en importancia y así sucesivamente, no deje sin clasificar palabra alguna.

A continuación se presenta la información obtenida de la aplicación de la técnica de redes semánticas.

REDES SEMÁNTICAS, RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN CON TRABAJADORAS Y TRABAJADORAS(ES) SOCIALES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, “DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ”

Red semántica: “**Calidad**”

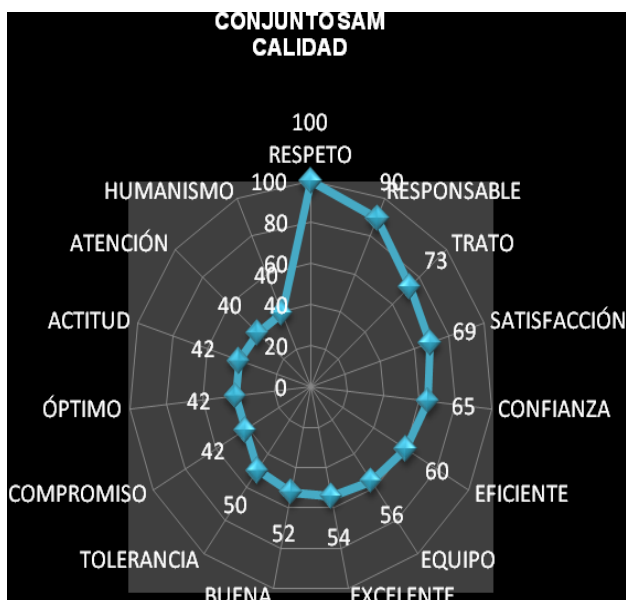
Objetivo: Determinar el significado del concepto “**Calidad**” para los y las trabajadores(as) sociales.

Sujetos: el grupo para realizar este ejercicio contempló a 24 trabajadores(as), 92% fueron del sexo femenino y 8% masculino, la edad comprende un rango entre 28 y 41 años, en relación al grado académico el 71% posee licenciatura concluida, el 4% con estudio de licenciatura en trabajo social inconclusa y con el 25% carrera técnica en trabajo social.

Procedimiento: Con el uso de diferentes palabras (adjetivos, nombres, sinónimos, etc.) defina, qué entiende por la palabra; “**Calidad**”, no utilice artículos, ni abreviaturas, ni frases. Refiera al menos cinco palabras definidoras. En la segunda columna, anote por orden de importancia la palabra que mejor defina al concepto, por ejemplo; el número 1 para la palabra que mejor represente al concepto, el número 2 para la siguiente en importancia y así sucesivamente, no deje sin clasificar palabra alguna.

Resultados: Las y los 24 Trabajadoras(es) sociales proporcionaron 79 palabras definidoras para la palabra estímulo “**Calidad**”, las que tuvieron mayor significado fueron; el respeto, responsabilidad, trato, satisfacción, confianza, eficiente, equipo, excelente, buena y tolerancia, con menor asociación están; compromiso, óptimo, actitud, atención, humanismo. (Ver gráfica y cuadro 55)

GRÁFICA 55



Gráfica y cuadro 55. Resultado de la palabra estímulo Calidad

CUADRO 55

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
RESPETO	48	100
RESPONSABLE	43	90
TRATO	35	73
SATISFACCIÓN	33	69
CONFIANZA	31	65
EFICIENTE	29	60
EQUIPO	27	56
EXCELENTE	26	54
BUENA	25	52
TOLERANCIA	24	50
COMPROMISO	20	42
ÓPTIMO	20	42
ACTITUD	20	42
ATENCIÓN	19	40
HUMANISMO	19	40
J=79		

Red semántica: “**Calidad en los servicios de salud**”

Objetivo: determinar el significado del concepto “**Calidad en los servicios de salud**” para los y las trabajadoras sociales.

Sujetos: ya referido con anterioridad.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: derivado de la aplicación de la técnica de redes semánticas naturales, al término del taller “**Calidad Elemento Fundamental en la Satisfacción del Usuario**”, se obtuvo la siguiente información; participaron 24 Trabajadoras(es) sociales, obteniéndose 66 palabras definidoras para el estímulo “**Calidad en los Servicios de Salud**”, los participantes la asocian a la atención, consideraron como un factor imprescindible en los servicios de salud, el respeto, la comunicación, el compromiso y la responsabilidad, llama la atención la palabra: humanidad, siendo esta insoslayable en la prestación de los servicios, asociado al profesionalismo y la satisfacción, también las palabras; equipo, oportunidad, trato, confiabilidad, coordinación, capacitación, asertividad y ética fueron consideradas como definidoras en menor valor. (Ver gráfica y cuadro 56)

GRÁFICA 56



Gráfica y cuadro 56. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud

CUADRO 56

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA: CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
ATENCIÓN	103	100
RESPETO	55	53
COMUNICACIÓN	39	38
COMPROMISO	39	38
RESPONSABILIDAD	36	35
HUMANIDAD	36	35
PROFESIONALISMO	35	34
SATISFACCIÓN	28	27
EQUIPO	26	25
OPORTUNIDAD	24	23
TRATO	24	23
CONFIABILIDAD	23	22
COORDINACIÓN	22	21
CAPACITACIÓN	21	20
ASERTIVIDAD	20	19
ÉTICA	20	19

J=66

En el análisis se contempló las(os) 24 trabajadoras(es) sociales, independientemente al sexo, turno, grado académico, se observa que el personal asocia la palabra estímulo “**Calidad**” con; respeto, responsable y trato, en menor grado señalaron; actitud, atención y humanismo, en lo que se refiere a la palabra “**Calidad en los Servicios de Salud**” proporcionaron la siguiente información, con mayor relación se encuentra; atención, respeto, comunicación, compromiso y responsabilidad, con menor asociación señalaron humanidad, asertividad y ética.

En las palabras estímulos, los y las trabajadoras(es) sociales refieren la palabra humanidad en último grado, situación que debiera ser de manera inversa, debido a su formación profesional, se aprecia, la palabra estímulo, “**Calidad en los Servicios de Salud**” tiene una amplia relación con la atención que se brinda, así como el respeto entre los que prestan los servicios, hacia quienes lo reciben, la comunicación y el compromiso, estos fueron dos variables que deben estar presentes en la atención que se ofrece.

Dejando claro, la atención, el respeto, comunicación, compromiso y responsabilidad, son conceptos indispensables en las instituciones que están comprometidas con la satisfacción y preferencia de los usuarios, saben que les dará un posicionamiento en relación a organizaciones de la misma actividad.

Red semántica: “**Calidad**”.

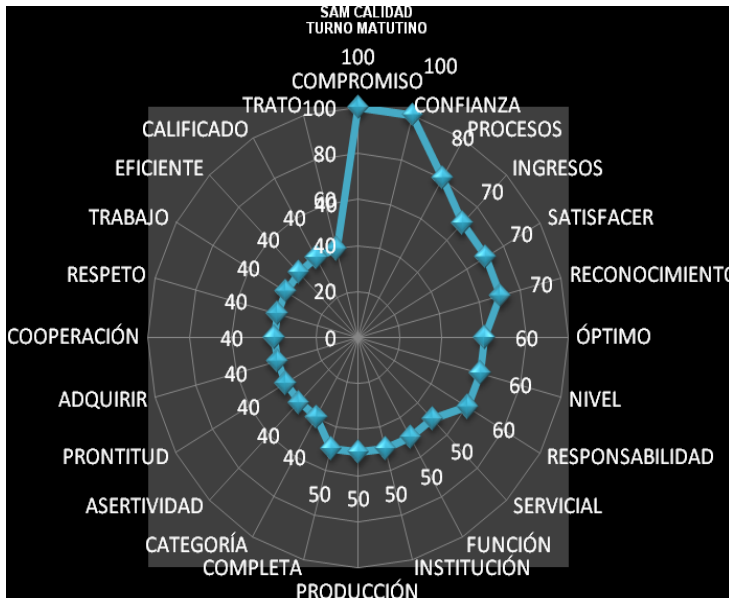
Objetivo: Determinar el significado del concepto “**Calidad**” para el turno matutino y vespertino.

Sujetos: el ejercicio contempló sólo a los Trabajadoras(es) sociales del turno matutino que representan el 29% y el turno vespertino con 25%.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: al personal del turno matutino se le solicitó que en relación a la palabra estímulo “**Calidad**”, señalaran palabras que definieran al estímulo proporcionado, refirieron 45 palabras, asignando mayor puntuación a las siguientes: compromiso, confianza, procesos, ingresos, satisfacer, reconocimiento, óptimo, nivel, responsabilidad, servicial, función, institución, producción, completa, en menor grado de significación fueron; categoría, asertividad, prontitud, adquirir, cooperación, respeto, trabajo, eficiente, calificado y trato, todas las palabras manifestadas son fundamentales en los procesos de calidad, de mayor importancia esta el trato, esté fue señalado, como uno de los de menor significado. (Ver gráfica y cuadro 57)

GRÁFICA 57



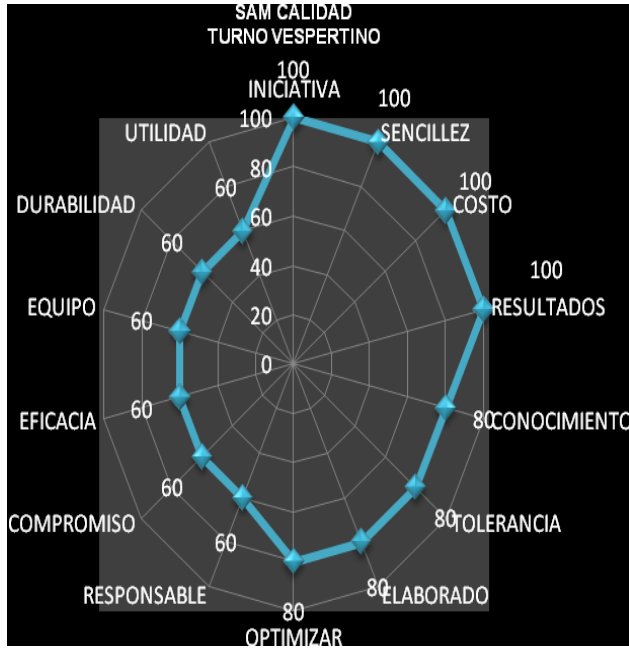
Gráfica 57. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos matutino y vespertino

CUADRO 57

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
TURNO: MATUTINO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
COMPROMISO	10	100
CONFIANZA	10	100
PROCESOS	8	80
INGRESOS	7	70
SATISFACER	7	70
RECONOCIMIENTO	7	70
ÓPTIMO	6	60
NIVEL	6	60
RESPONSABILIDAD	6	60
SERVICIAL	5	50
FUNCIÓN	5	50
INSTITUCIÓN	5	50
PRODUCCIÓN	5	50
COMPLETA	5	50
CATEGORÍA	4	40
ASERTIVIDAD	4	40
PRONTITUD	4	40
ADQUIRIR	4	40
COOPERACIÓN	4	40
RESPETO	4	40
TRABAJO	4	40
EFICIENTE	4	40
CALIFICADO	4	40
TRATO	4	40
J=45		

Resultados: para las trabajadoras sociales del turno vespertino, para la palabra estímulo “Calidad”, señalaron 21 palabras definidoras, asociando con mayor significado; iniciativa, sencillez, costo, resultados, conocimiento, tolerancia, elaborado, con menor significado se encuentran; responsable, compromiso, eficacia, equipo, durabilidad y utilidad. (Ver gráfica y cuadro 58)

GRÁFICA 58



Gráfica 58. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos matutino y vespertino

CUADRO 58

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
TURNO: VESPERTINO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
INICIATIVA	5	100
SENCILLEZ	5	100
COSTO	5	100
RESULTADOS	5	100
CONOCIMIENTO	4	80
TOLERANCIA	4	80
ELABORADO	8	80
OPTIMIZAR	4	80
RESPONSABLE	3	60
COMPROMISO	3	60
EFICACIA	3	60
EQUIPO	3	60
DURABILIDAD	3	60
UTILIDAD	3	60
J=21		

De la información recabada con la técnica de redes semánticas naturales, se observa que para la palabra estímulo “**Calidad**” el turno matutino refirió; compromiso, confianza, procesos e ingresos y con menor grado esta el trato, en relación a lo manifestado por el turno vespertino refirieron la iniciativa, la sencillez, el costo y los resultados, dejando en último grado la palabra utilidad, de lo anterior se concluye que cada uno de los turno tiene su particularidad, queda claro que para trabajar con calidad es necesario tener iniciativa y compromiso, estos generan en los usuarios, confianza en los procesos y como resultado su satisfacción.

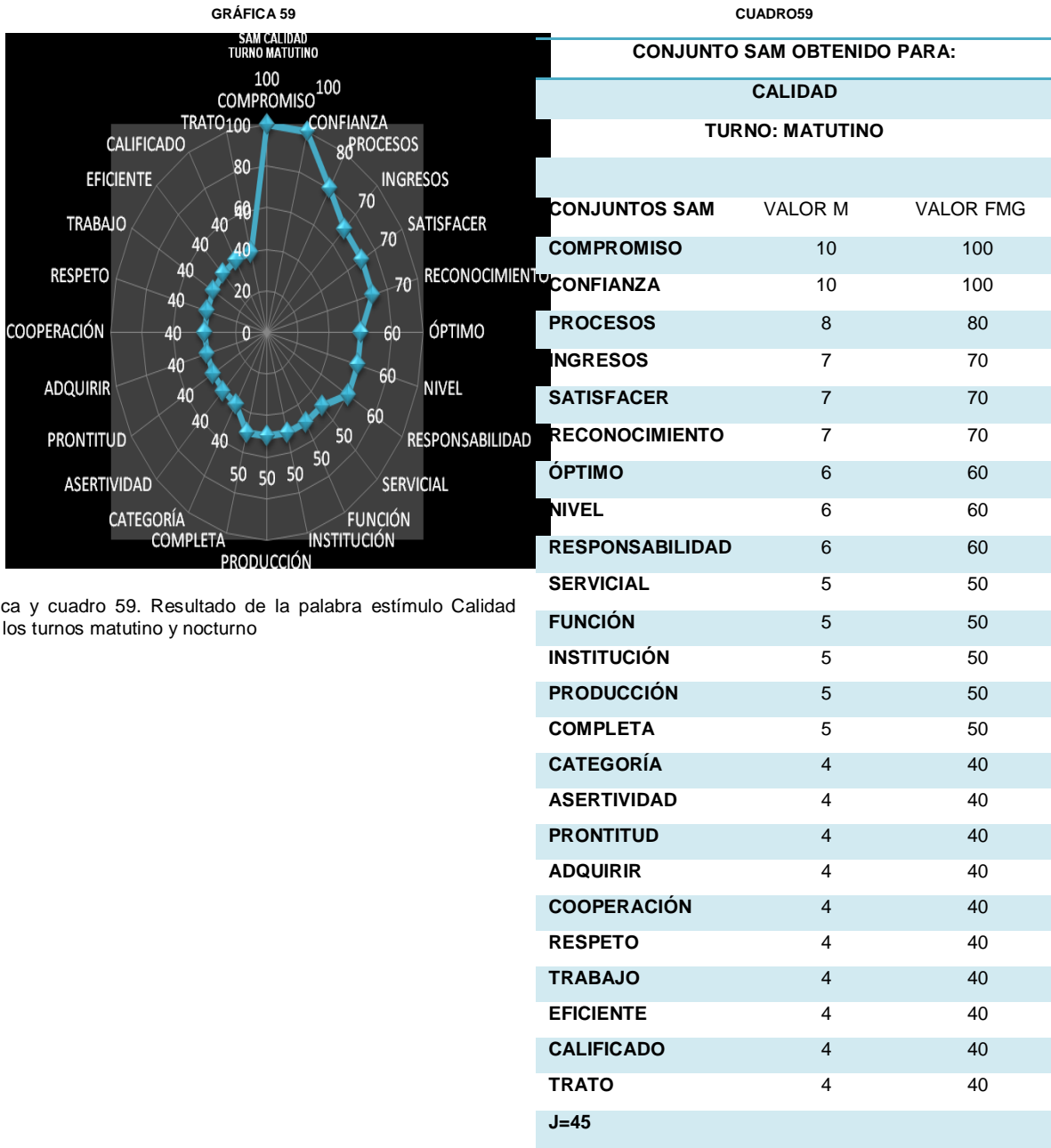
Red semántica: “**Calidad**”.

Objetivo: Determinar el significado del concepto “**Calidad**” para el turno matutino y nocturno.

Sujetos: este ejercicio contempló sólo a los Trabajadoras(es) sociales del turno matutino representando el 29% y el nocturno 25% del total del personal de la institución.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: se le pidió al personal del **turno matutino** señalar palabras que definieran al estímulo “**Calidad**”, refirieron 45 palabras asignando mayor puntuación a: compromiso, confianza, procesos, ingresos, satisfacer, reconocimiento, óptimo, nivel, responsabilidad, servicial, función, institución, producción, completa, en menor grado de significación fueron; categoría, asertividad, prontitud, adquirir, cooperación, respeto, trabajo, eficiente, calificado y trato, se rescata que asignan un mayor significado al compromiso, confianza, satisfacción (Ver gráfica y cuadro 59)

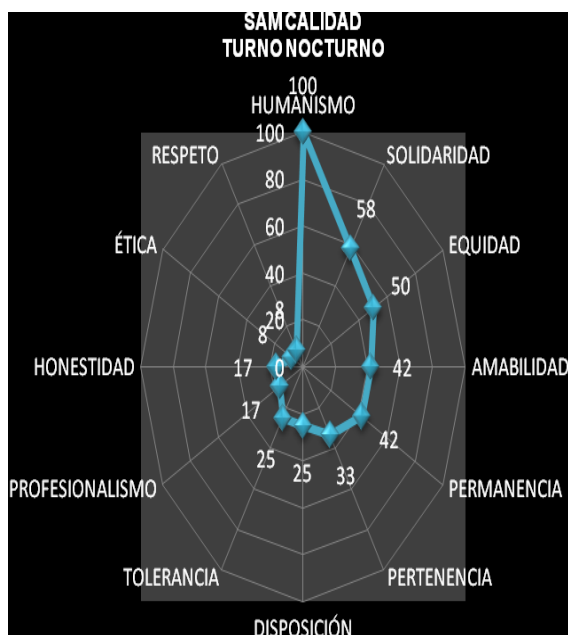


Gráfica y cuadro 59. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos matutino y nocturno

Resultados: los y las trabajadoras(es) sociales del **turno nocturno**, señalaron 11 palabras definidoras para el estímulo “**Calidad**”, con mayor significado refirieron humanismo, solidaridad, equidad, amabilidad, permanencia y pertenencia y con menor grado disposición, tolerancia, profesionalismo, honestidad, ética y respeto. (Ver gráfica y cuadro 60)

GRÁFICA 60

CUADRO 60



CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
TURNO: NOCTURNO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
HUMANISMO	12	100
SOLIDARIDAD	7	58
EQUIDAD	6	50
AMABILIDAD	5	42
PERMANENCIA	5	42
PERTENENCIA	4	33
DISPOSICIÓN	3	25
TOLERANCIA	3	25
PROFESIONALISMO	2	17
HONESTIDAD	2	17
ÉTICA	1	8
RESPETO	1	8
J=11		

Gráfica y cuadro 60. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos matutino y nocturno

Del análisis realizado se observó que los y las trabajadoras(es) sociales del turno matutino refirieron; compromiso, confianza y procesos, fundamentales para la Calidad, el personal del turno nocturno refirió; humanismo, solidaridad, equidad y amabilidad, se deduce, la calidad tiene relación con el humanismo y el compromiso del personal, conceptos fundamentales en la satisfacción de los usuarios.

Red semántica de “**Calidad**”.

Objetivo: determinar el significado del concepto “**Calidad**” para el turno matutino y jornada especial.

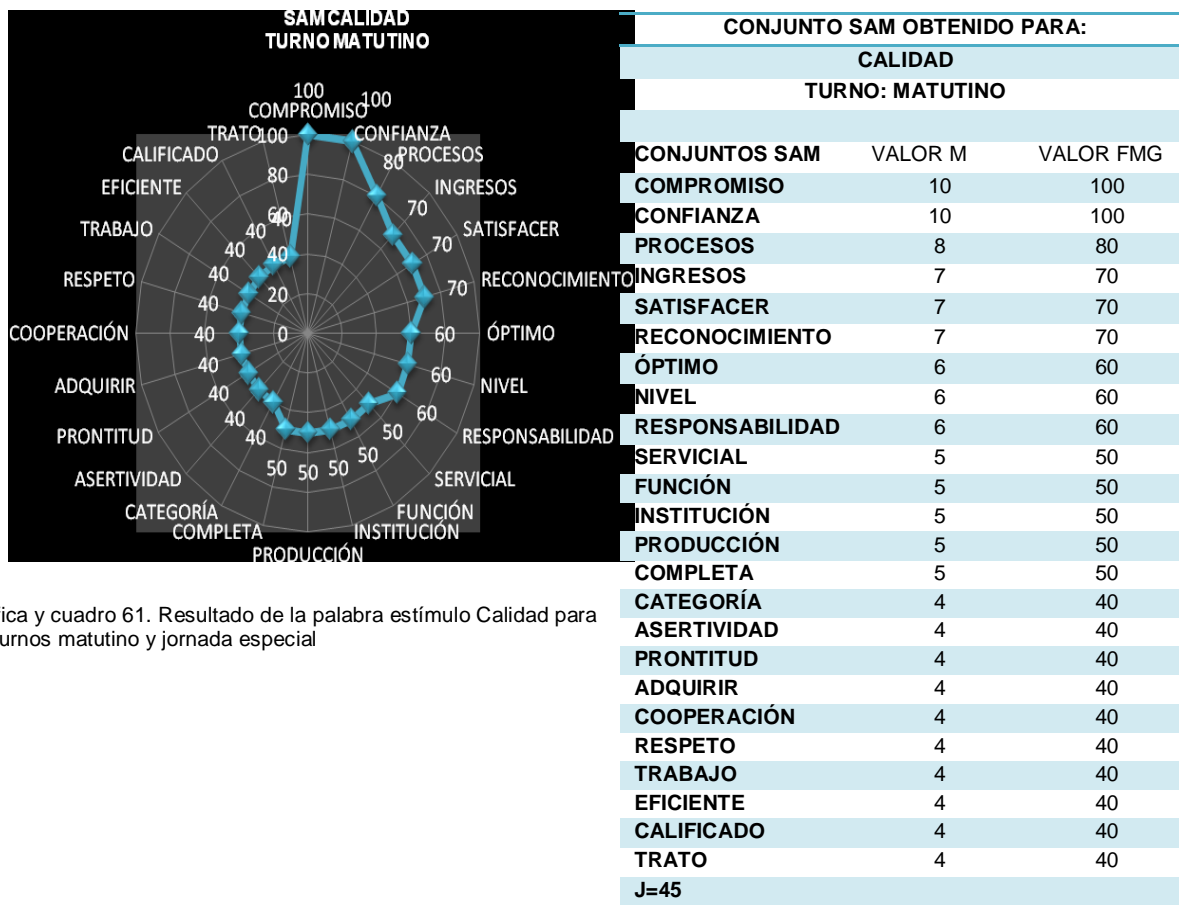
Sujetos: para realizar este ejercicio se contempló sólo a los Trabajadoras(es) sociales del turno matutino, los cuales representan el 29% y jornada especial 21% del total de trabajadoras(es) sociales.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: al personal del **turno matutino**, se le pidió, en relación a la palabra “**Calidad**”, referir palabras que definieran al estímulo, señalaron 45, asignando mayor puntuación a compromiso, confianza, procesos, ingresos, satisfacer, reconocimiento, óptimo, nivel, responsabilidad, servicial, función, institución, producción, completa, menor grado de significación fueron; categoría, asertividad, prontitud, adquirir, cooperación, respeto, trabajo, eficiente, calificado y trato, todas las palabras son fundamentales en los procesos de calidad. (Ver gráfica y cuadro 61)

GRÁFICA 61

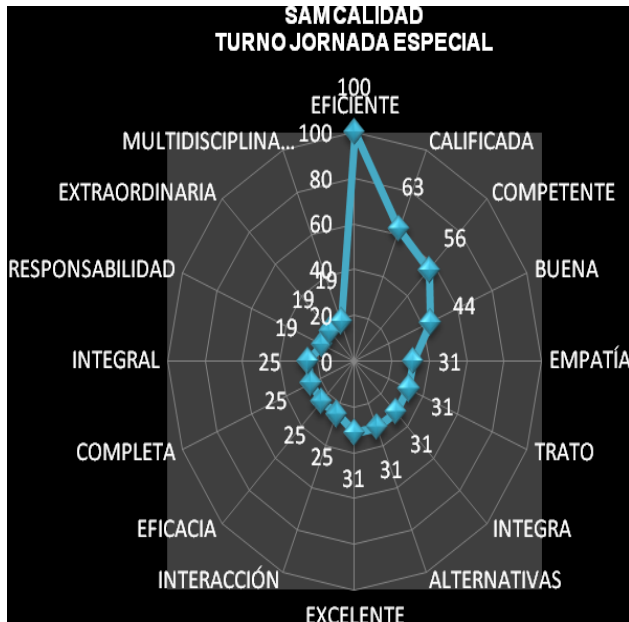
CUADRO 61



Gráfica y cuadro 61. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos matutino y jornada especial

Resultados: el personal de **jornada especial**, refirió 22 palabras definidoras para el estímulo “**Calidad**”, señalando con mayor significado las palabras; eficiente, calificada, competente, buena, empatía, trato, íntegra, alternativas y excelente, palabras insoslayable para mejorar los servicios que se brinda a los usuarios, con menor significado, señalaron interacción, eficacia, completa, integral, responsabilidad, extraordinaria y multidisciplinaria, palabras no menos importantes que las primeras, ambas tienen relevancia en los procesos de aseguramiento de la calidad. (Ver gráfica y cuadro 62)

GRÁFICA 62



Gráfica y 62. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos matutino y jornada especial

CUADRO 62

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
TURNO: JORNADA ESPECIAL		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
EFICIENTE	16	100
CALIFICADA	10	63
COMPETENTE	9	56
BUENA	7	44
EMPATÍA	5	31
TRATO	5	31
INTEGRA	5	31
ALTERNATIVAS	5	31
EXCELENTE	5	31
INTERACCIÓN	4	25
EFICACIA	4	25
COMPLETA	4	25
INTEGRAL	4	25
RESPONSABILIDAD	3	19
EXTRAORDINARIA	3	19
MULTIDISCIPLINARIA	3	19
J=22		

En relación a las palabras proporcionadas por ambos turnos, se observa que para ambos, el compromiso, la confianza, eficiente, calificada y competente son elementos fundamentales en el proceso de atención para satisfacer las necesidades de las personas, ser eficiente, está relacionada con la empatía, la competencia y el trato, haciendo una conjugación entre las palabras presentadas por ambos turnos, se observa claridad entre Calidad y no calidad.

Red semántica: **“Calidad”**

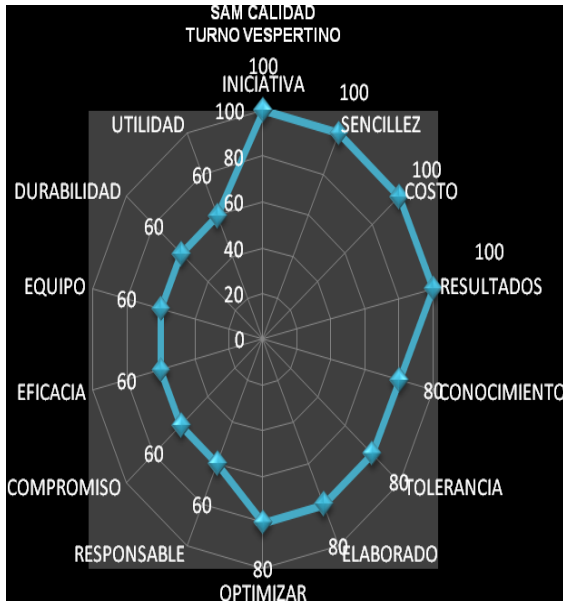
Objetivo: determinar el significado del concepto **“Calidad”**, para los turnos: vespertino y nocturno.

Sujetos: este ejercicio contempló sólo a los trabajadoras(es) sociales de los turnos; vespertino y nocturno, ambos representan el 25% respectivamente del total de los y las trabajadoras(es) sociales asignados a la institución.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: las trabajadoras sociales del **turno vespertino**, para el estímulo “**Calidad**”, señalaron 21 palabras definidoras, asociando con mayor significado; iniciativa, sencillez, costo, resultados, conocimiento, tolerancia, elaborado, con menor peso señalaron responsable, compromiso, eficacia, equipo, durabilidad y utilidad. (Ver gráfica y cuadro 63)

GRÁFICA 63



CUADRO 63

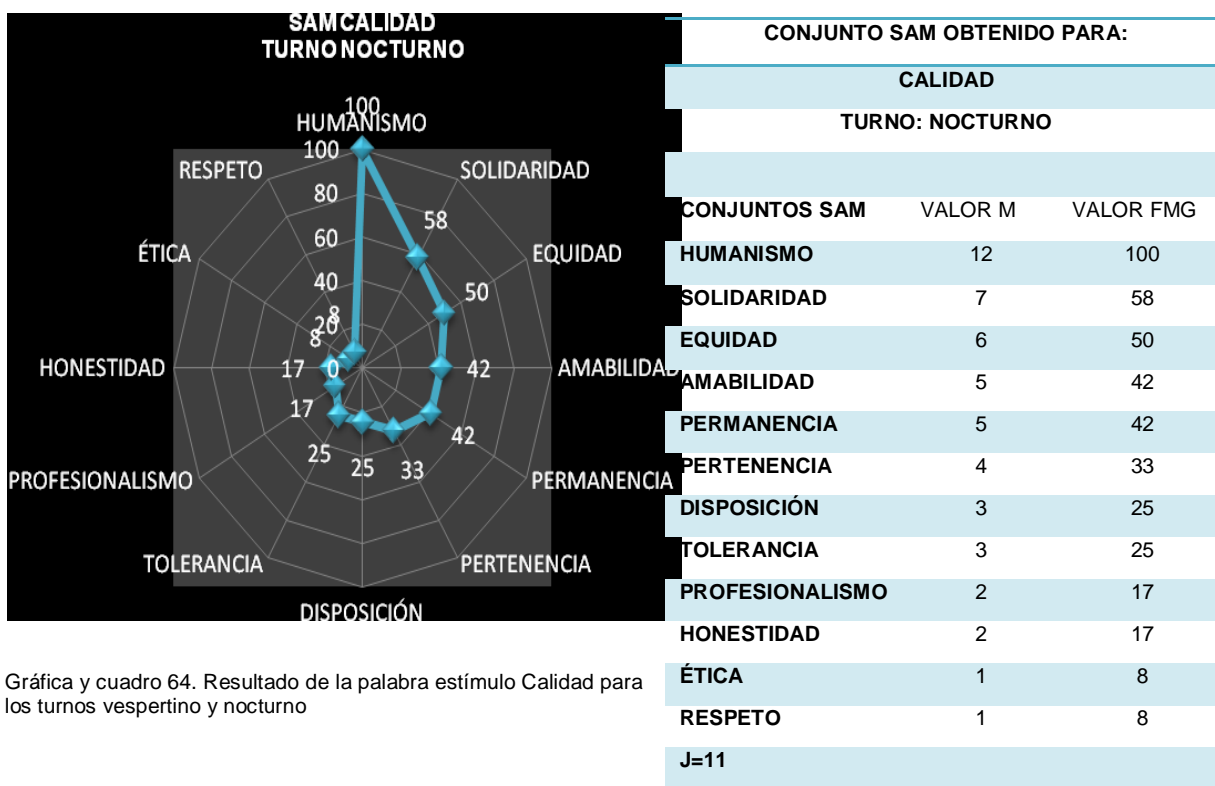
CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
TURNO: VESPERTINO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
INICIATIVA	5	100
SENCILLEZ	5	100
COSTO	5	100
RESULTADOS	5	100
CONOCIMIENTO	4	80
TOLERANCIA	4	80
ELABORADO	8	80
OPTIMIZAR	4	80
RESPONSABLE	3	60
COMPROMISO	3	60
EFICACIA	3	60
EQUIPO	3	60
DURABILIDAD	3	60
UTILIDAD	3	60
J=21		

Gráfica y cuadro 63 y cuadro. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos vespertino y nocturno

Resultados: los y las trabajadoras(es) sociales del **turno nocturno**, señalaron 11 palabras definidoras para el estímulo “**Calidad**”, con mayor significado: humanismo, solidaridad, equidad, amabilidad, permanencia y pertenencia y con menor se encuentran: disposición, tolerancia, profesionalismo, honestidad, ética y respeto. (Ver gráfica y cuadro 64)

GRÁFICA 64

CUADRO 64



Gráfica y cuadro 64. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos vespertino y nocturno

Derivado de la información vertida por los y las trabajadoras(es) sociales de los turnos vespertino y nocturno, se desprende, la calidad tiene relación con iniciativa, humanismo, sencillez, costo, resultados, equidad y amabilidad, el personal que participó en el taller, cuenta con definiciones que están asociadas directamente con calidad.

Red semántica: “Calidad”

Objetivo: determinar el significado del concepto “Calidad”, para los turnos: nocturno y jornada especial.

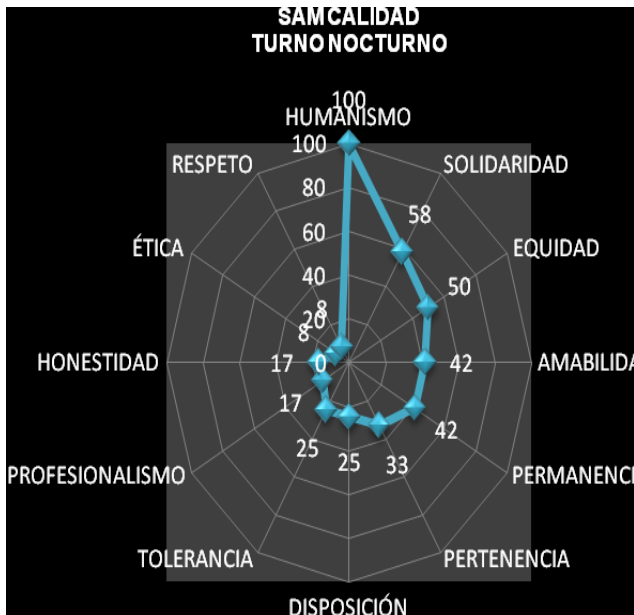
Sujetos: el ejercicio contempló sólo a los y las trabajadoras(es) sociales de los turnos; nocturno representa el 25% y jornada especial el 21% del total del personal.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: los y las trabajadoras(es) sociales del **turno nocturno**, señalaron 11 palabras definidoras para el estímulo “Calidad”, con mayor significado señalaron: humanismo, solidaridad, equidad, amabilidad, permanencia y pertenencia, con menor peso señalaron disposición, tolerancia, profesionalismo, honestidad, ética y respeto. (Ver gráfica y cuadro 65)

GRÁFICA 65

CUADRO 65

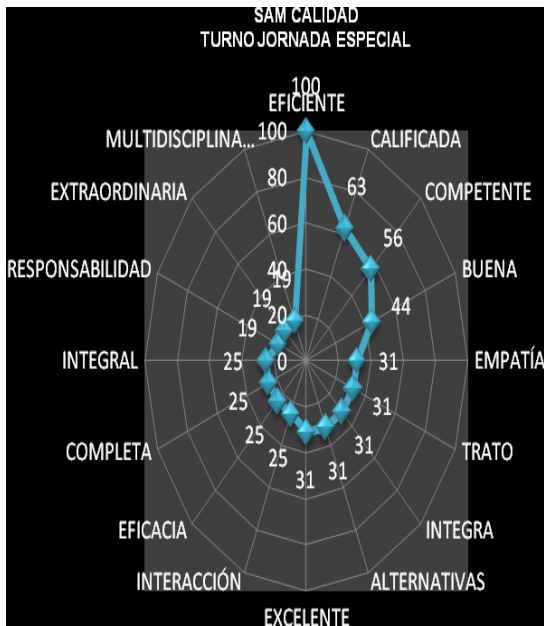


Gráfica y cuadro 65. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos nocturno y jornada especial

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
TURNO: NOCTURNO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
HUMANISMO	12	100
SOLIDARIDAD	7	58
EQUIDAD	6	50
AMABILIDAD	5	42
PERMANENCIA	5	42
PERTENENCIA	4	33
DISPOSICIÓN	3	25
TOLERANCIA	3	25
PROFESIONALISMO	2	17
HONESTIDAD	2	17
ÉTICA	1	8
RESPETO	1	8
J=11		

Resultados: el personal de **jornada especial**, refirió 22 palabras definidoras para el estímulo “**Calidad**”, señalando con mayor peso eficiente, calificada, competente, buena, empatía, trato, íntegra, alternativas y excelente, elementos importantes para mejorar los servicios que se brinda a los usuarios, con menor significado señalaron; interacción, eficacia, completa, integral, responsabilidad, extraordinaria y multidisciplinaria. (Ver gráfica y cuadro 66)

GRÁFICA 66



Gráfica y cuadro 66. Resultado de la palabra estímulo Calidad para los turnos nocturno y jornada especial

CUADRO 66

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
TURNO: JORNADA ESPECIAL		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
EFICIENTE	16	100
CALIFICADA	10	63
COMPETENTE	9	56
BUENA	7	44
EMPATÍA	5	31
TRATO	5	31
INTEGRA	5	31
ALTERNATIVAS	5	31
EXCELENTE	5	31
INTERACCIÓN	4	25
EFICACIA	4	25
COMPLETA	4	25
INTEGRAL	4	25
RESPONSABILIDAD	3	19
EXTRAORDINARIA	3	19
MULTIDISCIPLINARIA	3	19
J=22		

De la información obtenida de los turnos nocturnos y jornada especial, la calidad fue asociada a humanismo, eficiencia, competente, calificada, solidaridad, amabilidad y equidad, lo relevante en este proceso fue que los participantes tienen una noción clara de la calidad y cuáles son los elementos que la integran.

Red semántica: “**Calidad en los servicios de salud**”

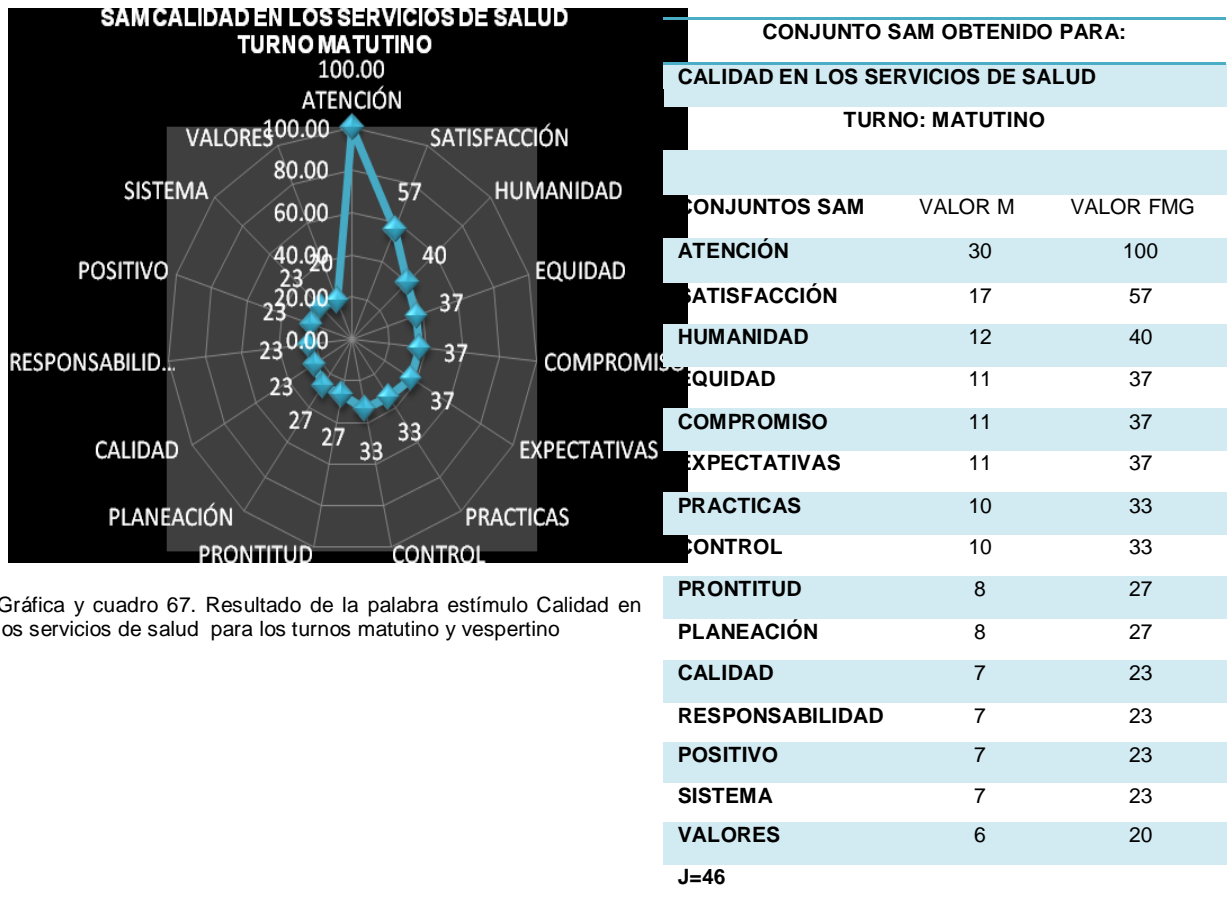
Objetivo: determinar el significado del concepto “**Calidad en los servicios de salud**”, para los turnos matutino y vespertino.

Sujetos: para realizar este ejercicio se contempló a las trabajadoras(es) sociales del turno matutino, representan el 29% y vespertino el 25% del total del personal.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: al turno matutino están asignadas 13 trabajadoras sociales, para el concepto estímulo “**Calidad en los Servicios de Salud**”, refirieron 46 palabras definidoras atención, satisfacción, humanidad, equidad, compromiso, como las de mayor definición o caracterización, menor significación se encuentran expectativas, prácticas, control, planeación, responsabilidad, positivo, sistema y valores, se resalta, todas las palabras de manera directa o indirecta tienen relación con la prestación de servicios calidad. (Ver gráfica y cuadro 67)

GRÁFICA 67



Gráfica y cuadro 67. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos matutino y vespertino

Resultados: del turno vespertino participaron sólo 4 Trabajadoras Sociales, para desarrollar la técnica, se presentó el concepto estímulo “**Calidad en los Servicios de Salud**”, señalaron 16 palabras definidoras; capacitación, coordinación, profesionalismo, comunicación y solidaridad, estas son las que mayor define al concepto estímulo y en menor grado; oportuno, servicio, respeto, responsabilidad, tiempo, atención, organización, resolutivo y cortés, esta última, es fundamental en los procesos de atención con calidad. (Ver gráfica y cuadro 68)

GRÁFICA 68

CUADRO 68



CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD		
TURNO: VESPERTINO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
CAPACITACIÓN	8	100
COORDINACIÓN	8	100
PROFESIONALISMO	5	63
EQUIPO	5	63
COMUNICACIÓN	5	63
SOLIDARIDAD	4	50
OPORTUNO	3	38
SERVICIO	3	38
RESPETO	3	38
RESPONSABILIDAD	3	38
TIEMPO	2	25
ATENCIÓN	2	25
ORGANIZACIÓN	2	25
RESOLUTIVO	1	13
CORTÉS	1	13
J=16		

Gráfica y cuadro 68. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos matutino y vespertino

Derivado del análisis realizado en los turnos matutino y vespertino, se obtuvo para el concepto estímulo “**Calidad en los servicios de salud**”, lo asociaron con capacitación, atención, coordinación, conceptos fundamentales en el área hospitalaria, garantizar una atención que impacte en la satisfacción de los usuarios.

Red semántica: “**Calidad en los servicios de salud**”

Objetivo: determinar el significado del concepto “**Calidad en los servicios de salud**” para los turnos matutino y nocturno.

Sujetos: este ejercicio contempló sólo a los y las trabajadoras(es) sociales del turno matutino representan el 29% y el turno nocturno 25% del total del personal.

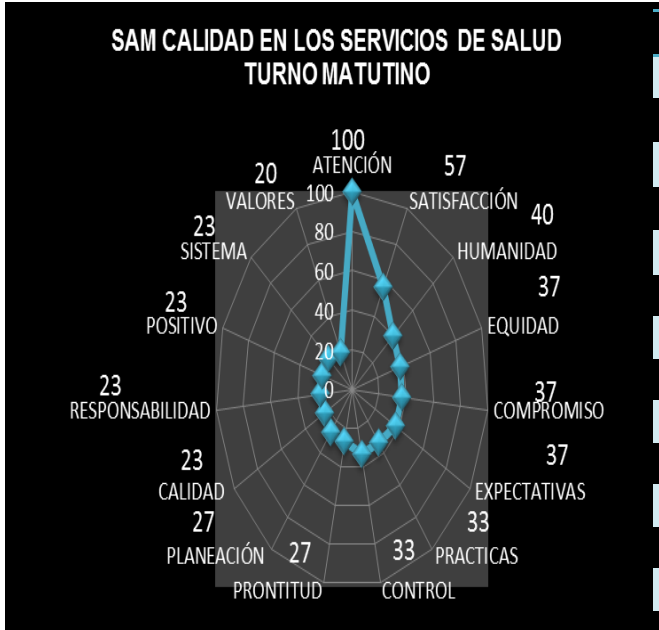
Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: las Trabajadoras Sociales del turno matutino para el concepto estímulo “**Calidad en los servicios de salud**”, refirieron 46 palabras definidoras, entre las que destacan atención, satisfacción, humanidad, equidad, compromiso, son las que más definen o caracterizan a la concepto estímulo, con menor

significado se encuentran expectativas, prácticas, control, planeación, responsabilidad, positivo, sistema y valores. (Ver gráfica y cuadro 69)

GRÁFICA 69

CUADRO 69



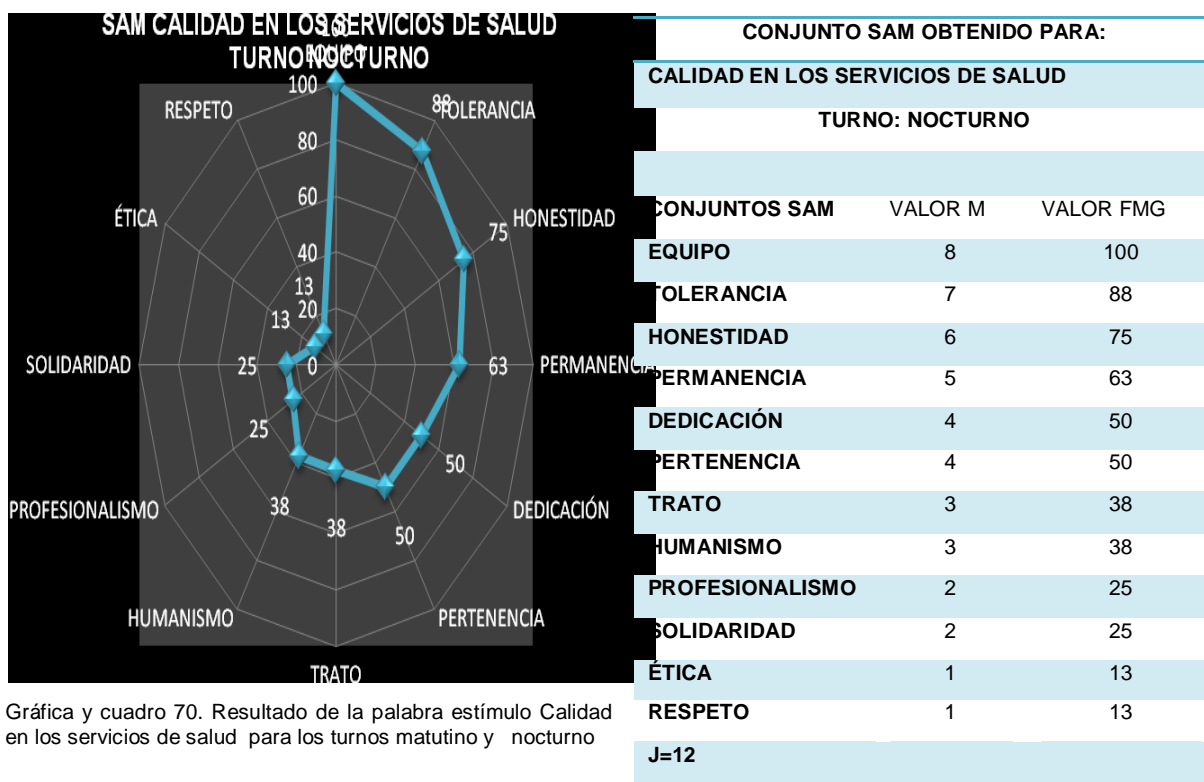
CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD		
TURNO: MATUTINO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
ATENCIÓN	30	100
SATISFACCIÓN	17	57
HUMANIDAD	12	40
EQUIDAD	11	37
COMPROMISO	11	37
EXPECTATIVAS	11	37
PRACTICAS	10	33
CONTROL	10	33
PRONTITUD	8	27
PLANEACIÓN	8	27
CALIDAD	7	23
RESPONSABILIDAD	7	23
POSITIVO	7	23
SISTEMA	7	23
VALORES	6	20
J=46		

Gráfica y cuadro 69. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos matutino y nocturno

Resultados: del **turno nocturno**, sólo participaron 2 trabajadoras sociales, señalaron 12 palabras definidoras para asociar al concepto estímulo; “**Calidad en los Servicios de Salud**”, entre ellos se destacan; equipo, tolerancia, honestidad, permanencia, dedicación, pertenencia y trato, con mayor significado, mientras que; humanismo, profesionalismo, solidaridad, ética y respeto fueron señaladas con menor peso. (Ver gráfica y cuadro 70)

GRÁFICA 70

CUADRO 70



En el análisis realizado entre los turnos matutino y nocturno, se observó que para estos dos grupos **“Calidad en los Servicios de Salud”**, tiene relación directa con equipo, tolerancia, honestidad permanencia, satisfacción y humanidad, palabras vinculadas a la interacción de las personas y la importancia de brindar una atención basada en la empatía y la humanidad.

Red semántica: **“Calidad en los servicios de salud”**

Objetivo: determinar el significado del concepto **“Calidad en los servicios de salud”** para los y las trabajadoras(es) sociales de los turnos vespertino y nocturno.

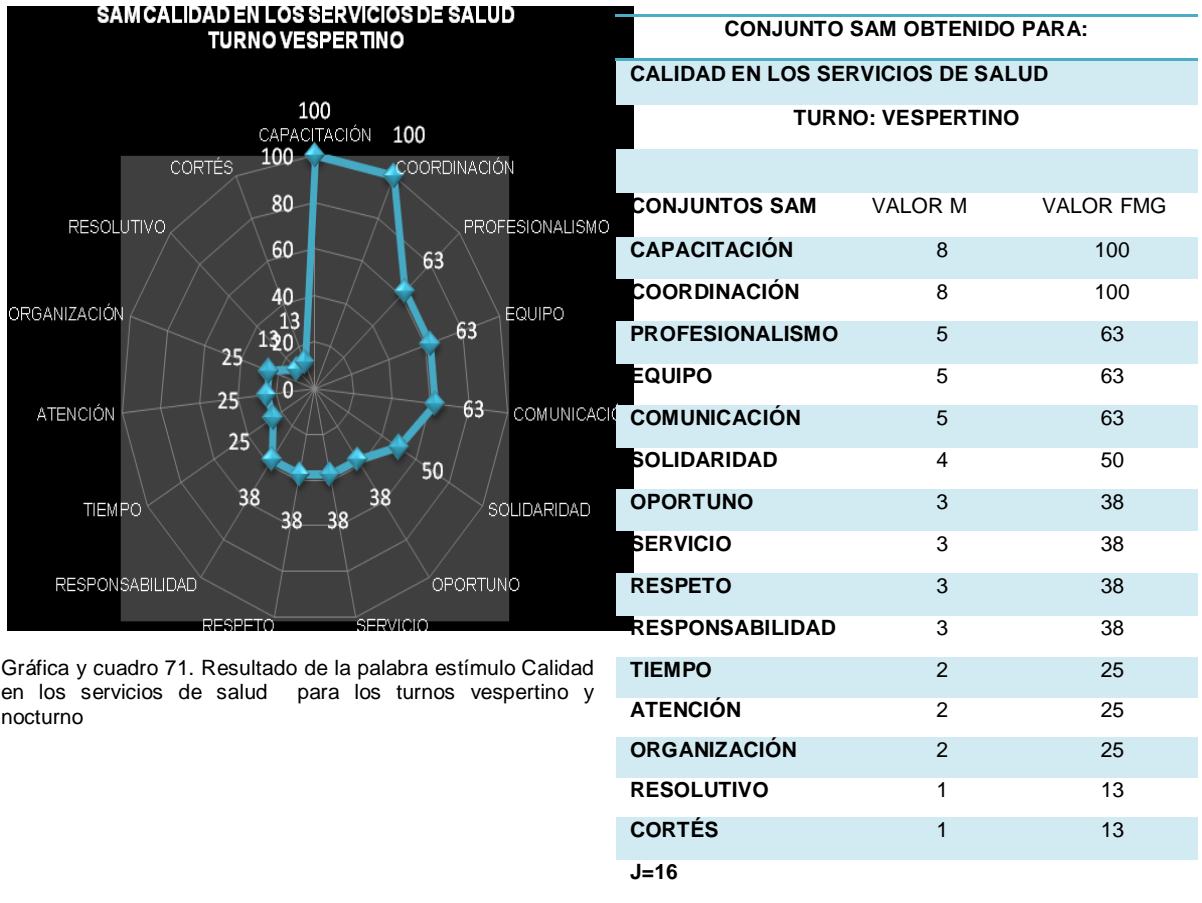
Sujetos: el ejercicio contempló sólo a los y las trabajadoras sociales de los turnos vespertino y nocturno, ambas representan el 25% respectivamente.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: del turno vespertino participaron 4 trabajadoras sociales, para el desarrollo de la técnica, se les presentó la palabra estímulo **“Calidad en los Servicios de Salud”**, señalaron 16 conceptos que mayormente asocian a; capacitación, coordinación, profesionalismo, comunicación y solidaridad, las que menormente lo definen se encuentran; oportuno, servicio, respeto, responsabilidad, tiempo, atención, organización, resolutivo y cortés. (Ver gráfica y cuadro 71)

GRÁFICA 71

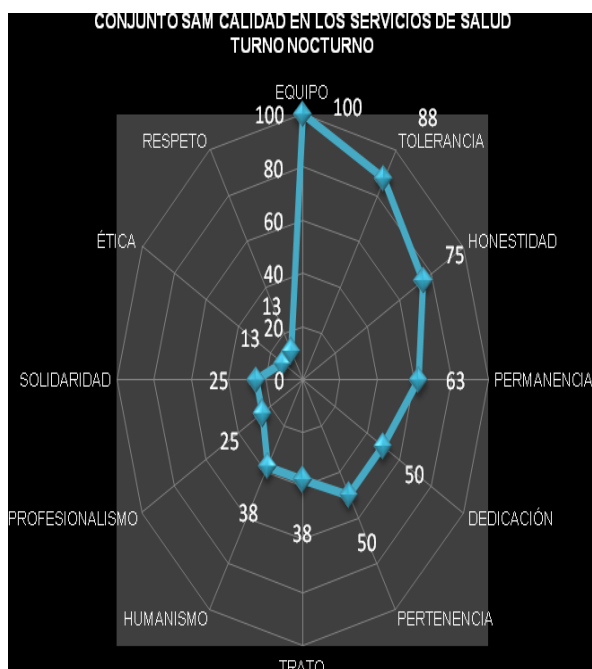
CUADRO 71



Gráfica y cuadro 71. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos vespertino y nocturno

Resultados: del turno nocturno sólo participaron 2 trabajadoras sociales, señalaron 12 palabras definidoras, para asociar mayormente al estímulo “**Calidad en los Servicios de Salud**” siendo; equipo, tolerancia, honestidad, permanencia, dedicación, pertenencia y trato, con menor significado refirieron; trato, humanismo, profesionalismo, solidaridad, ética y respeto. (Ver gráfica y cuadro 72)

GRÁFICA 72



Gráfica y cuadro 72. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos vespertino y nocturno

CUADRO 72

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD		
TURNO: NOCTURNO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
EQUIPO	8	100
TOLERANCIA	7	88
HONESTIDAD	6	75
PERMANENCIA	5	63
DEDICACIÓN	4	50
PERTENENCIA	4	50
TRATO	3	38
HUMANISMO	3	38
PROFESIONALISMO	2	25
SOLIDARIDAD	2	25
ÉTICA	1	13
RESPETO	1	13
J=12		

El análisis realizado de los turnos vespertino y nocturno para el concepto estímulo “**Calidad en los servicios de salud**”, se encontró que capacitación, coordinación y equipo, son elementos sustanciales para brindar una atención que cumpla con las expectativas de los usuarios y sus familias, además, se resalta, la necesidad de estar capacitados para atender situaciones que impidan cumplir con la misión y visión, tanto de la institución como del área de trabajo social.

Red semántica: “**Calidad en los servicios de salud**”

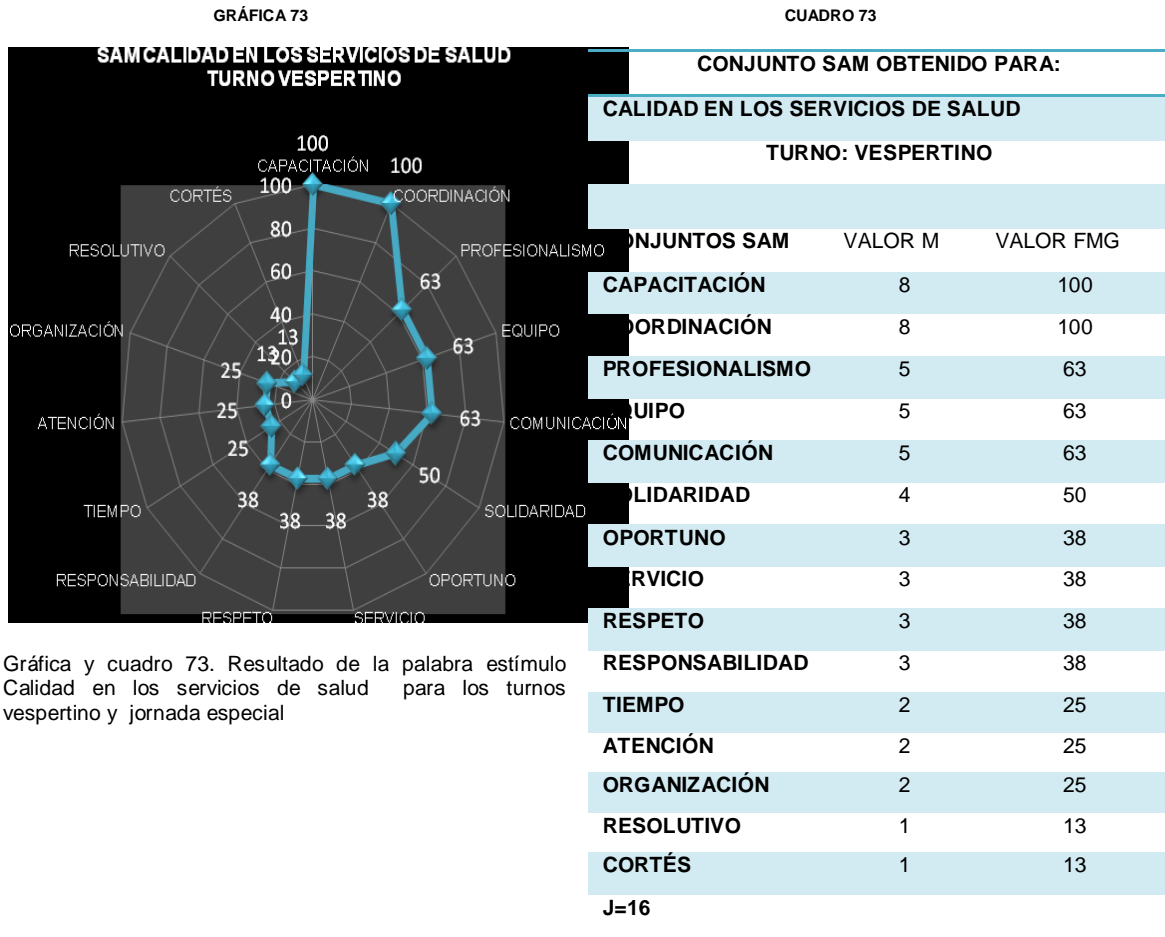
Objetivo: determinar el significado del concepto “**Calidad en los servicios de salud**” para el turno vespertino y jornada especial.

Sujetos: para este ejercicio se contempló sólo a los y las trabajadoras(es) sociales de los turnos; vespertino que representan el 25% y el turno de jornada especial el 21% del total de los trabajadores de la institución.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: del turno vespertino participaron 4 trabajadoras sociales, para desarrollar la técnica, se presentó el concepto estímulo “**Calidad en los Servicios de Salud**” las participantes señalaron 16 palabras definidoras, considerando capacitación, coordinación, profesionalismo, comunicación y solidaridad, las que mayor la definen, entre las que menor peso la definen se encuentran; oportuno,

servicio, respeto, responsabilidad, tiempo, atención, organización, resolutivo y cortés. (Ver gráfica y cuadro 73)

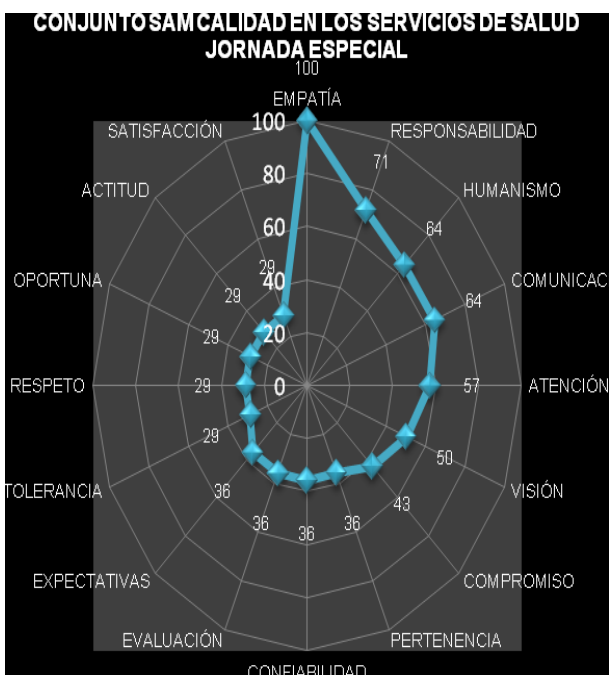


Gráfica y cuadro 73. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos vespertino y jornada especial

Resultados: en el turno de jornada especial se encuentran asignados 8 Trabajadoras(es) sociales, sólo participaron 5 en el taller; **“calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, refirieron 24 palabras definidoras para el estímulo **“Calidad en los Servicios de Salud”**, con mayor asociación señalaron; empatía, responsabilidad, humanismo, comunicación, atención, visión, compromiso, pertenencia, confiabilidad, evaluación, expectativas y con menor grado de significación se encuentran; tolerancia, respeto, oportuna, actitud y satisfacción. (Ver gráfica y cuadro 74)

GRÁFICA 74

CUADRO 74



CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD		
TURNO: JORNADA ESPECIAL		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
EMPATÍA	14	100
RESPONSABILIDAD	10	71
HUMANISMO	9	64
COMUNICACIÓN	9	64
ATENCIÓN	8	57
VISIÓN	7	50
COMPROMISO	6	43
PERTENENCIA	5	36
CONFIABILIDAD	5	36
EVALUACIÓN	5	36
EXPECTATIVAS	5	36
TOLERANCIA	4	29
RESPECTO	4	29
OPORTUNA	4	29
ACTITUD	4	29
SATISFACCIÓN	4	29
J=24		

Gráfica y cuadro 74. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos vespertino y jornada especial

Del análisis realizado entre los turnos vespertinos y jornada especial, se obtuvo que para el estímulo **“Calidad en los servicios de salud”**, ambos turnos señalaron como elementos fundamentales: empatía, responsabilidad, capacitación y coordinación.

Red semántica: **“Calidad en los servicios de salud”**

Objetivo: determinar el significado del concepto **“Calidad en los servicios de salud”** para los turnos; nocturno y jornada especial.

Sujetos: para este ejercicio se contempló sólo a los y las trabajadoras(es) sociales de los turnos nocturno que representan el 25% y jornada especial el 21% del total del personal asignado al departamento.

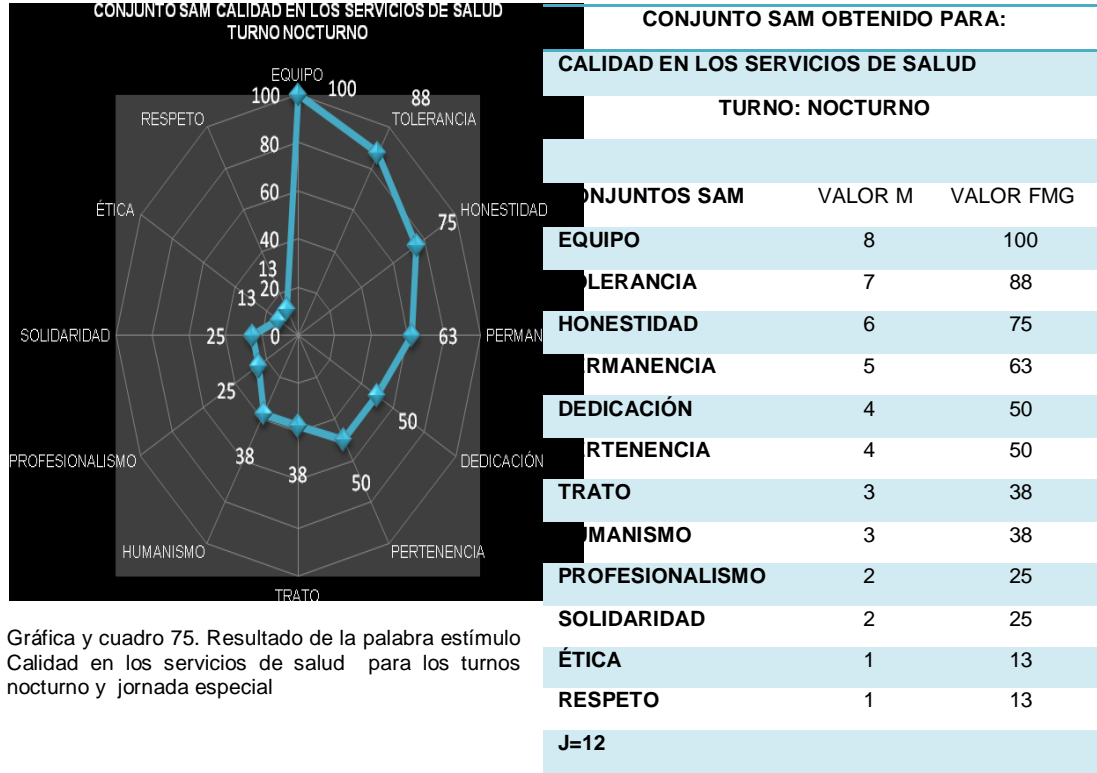
Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: del turno nocturno sólo participaron 2 trabajadoras(es) sociales, señalaron 12 palabras definidoras para asociar a la oración estímulo **“Calidad en los Servicios de Salud”**, para ellas equipo, tolerancia, honestidad, permanencia,

dedicación, pertenencia y trato, tienen mayor significado, con menor, señalaron trato, humanismo, profesionalismo, solidaridad, ética y respeto. (Ver gráfica y cuadro 75)

GRÁFICA 75

CUADRO 75

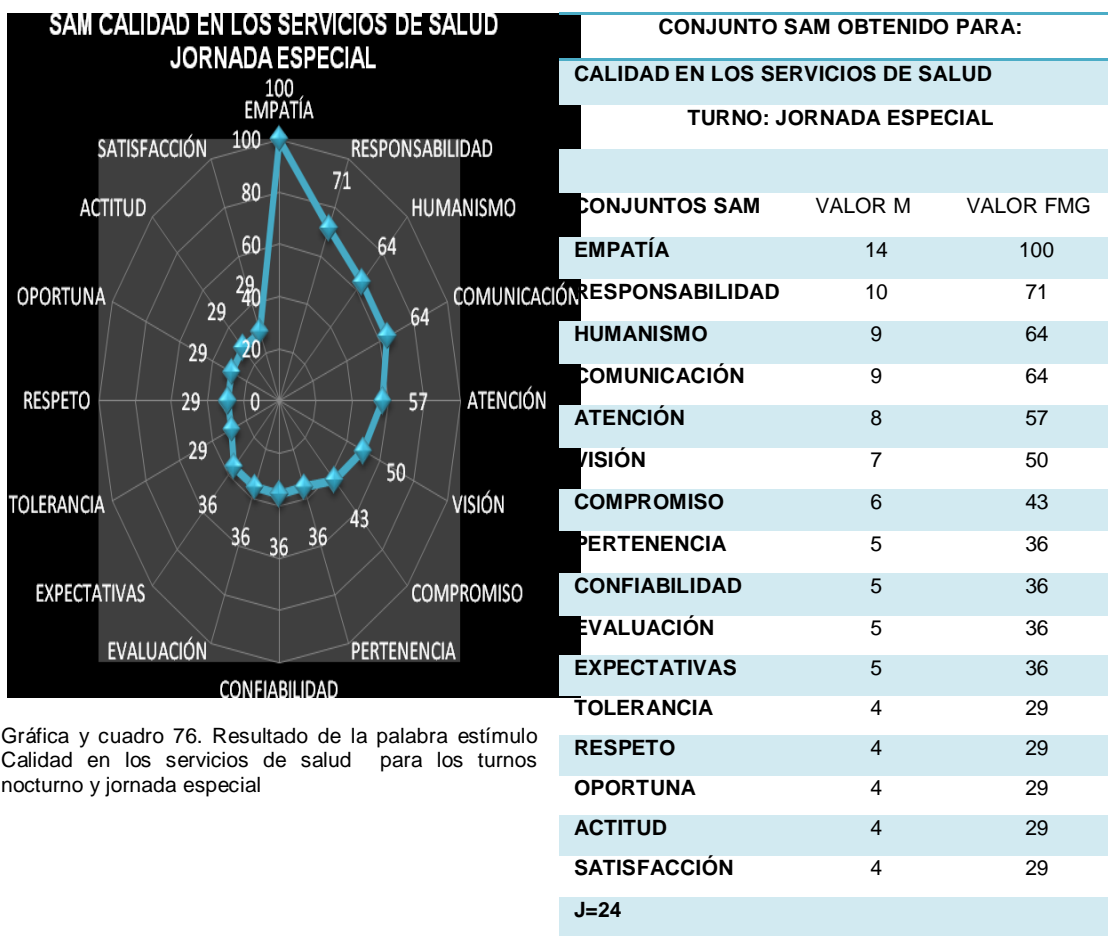


Gráfica y cuadro 75. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos nocturno y jornada especial

Resultados: en el turno de jornada especial, se encuentran asignados 8 trabajadora(e)s sociales, sólo participaron 5, señalaron 24 palabras definidoras para el estímulo “**Calidad en los Servicios de Salud**”, las palabras con mayor relación fueron empatía, responsabilidad, humanismo, comunicación, atención, visión, compromiso, pertenencia, confiabilidad, evaluación, expectativas, con menor grado de significación se encuentran: tolerancia, respeto, oportuna, actitud y satisfacción. (Ver gráfica y cuadro 76)

GRÁFICA 76

CUADRO 76



Gráfica y cuadro 76. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para los turnos nocturno y jornada especial

Del análisis efectuado entre ambos turnos se observó, para el estímulo **“Calidad en los servicios de salud”**, refirieron con mayor relación; empatía, equipo, responsabilidad y humanismo.

Red semántica: **“Calidad”**

Objetivo: determinar el significado del concepto **“Calidad”** para el personal femenino y masculino del área de trabajo social.

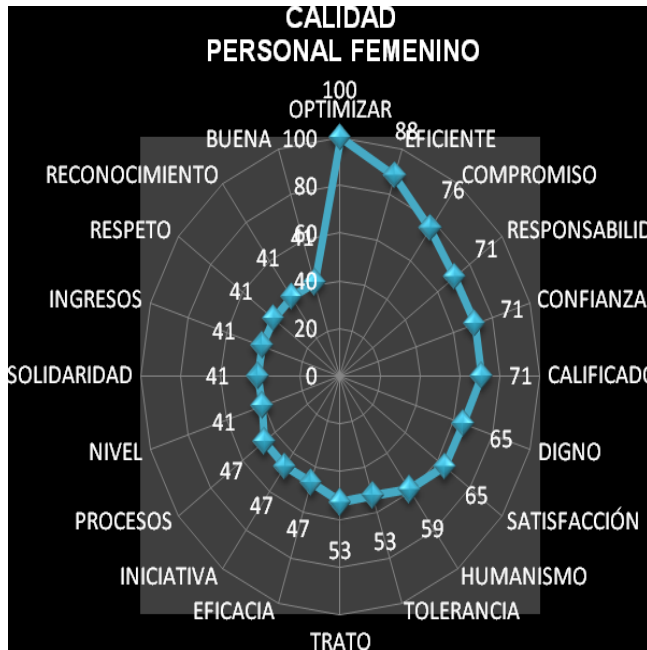
Sujetos: para realizar este ejercicio, se contempló a las(os) trabajadoras(es) sociales, el personal femenino integra el 92% y el masculino representa el 8%.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: se pidió al personal femenino, señalaran palabras que asociaran al término **“calidad”**, refirieron 73 palabras definidoras, con mayor peso relacionaron las siguientes; optimizar, eficiente, compromiso, responsabilidad, confianza, calificado, digno, satisfacción, humanismo, tolerancia y trato, con menor valor

señalaron; eficacia, iniciativa, procesos, nivel, solidaridad, ingresos, respeto, reconocimiento y buena. (Ver gráfica y cuadro 77)

GRÁFICA 77



Gráfica y cuadro 77. Resultado de la palabra estímulo Calidad para personal femenino y masculino

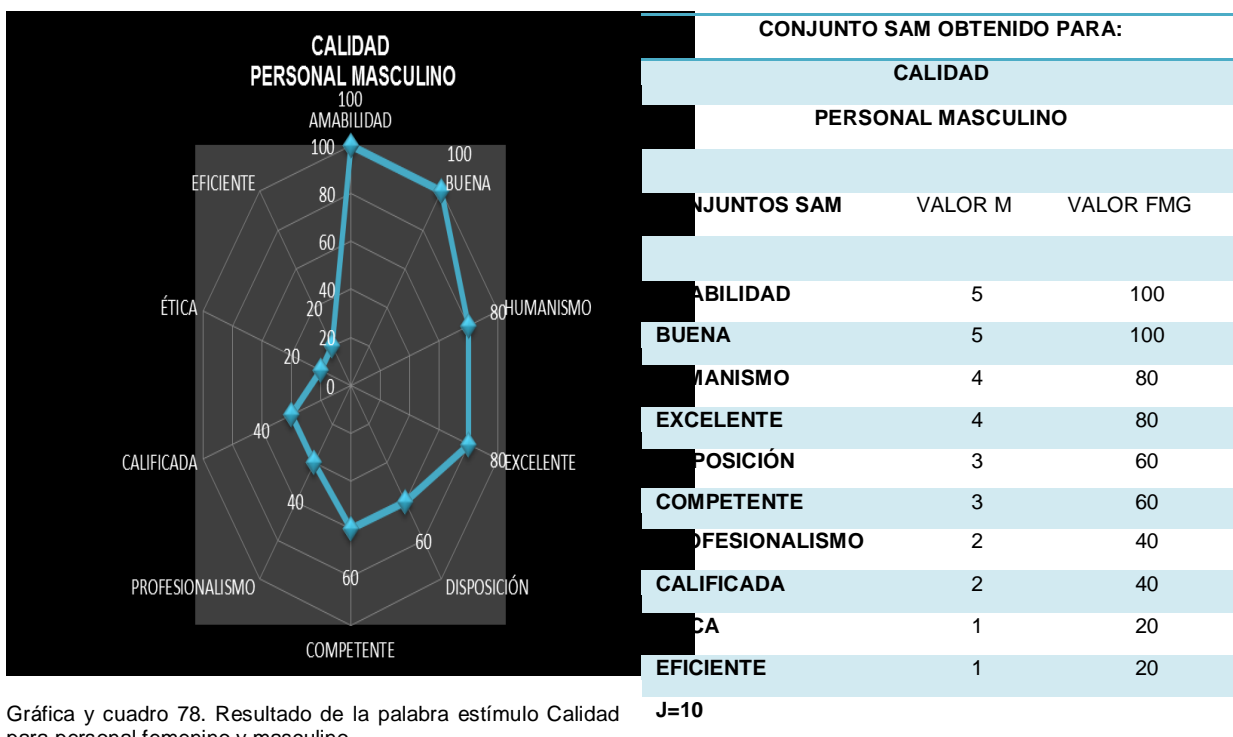
CUADRO 77

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA:		
CALIDAD		
PERSONAL FEMENINO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
OPTIMIZAR	17	100
EFICIENTE	15	88
COMPROMISO	13	76
RESPONSABILIDAD	12	71
CONFIANZA	12	71
CALIFICADO	12	71
DIGNO	11	65
SATISFACCIÓN	11	65
HUMANISMO	10	59
TOLERANCIA	9	53
TRATO	9	53
EFICACIA	8	47
INICIATIVA	8	47
PROCESOS	8	47
NIVEL	7	41
SOLIDARIDAD	7	41
INGRESOS	7	41
RESPETO	7	41
RECONOCIMIENTO	7	41
BUENA	7	41
J=73		

Resultados: se pidió al personal masculino señalar palabras que asociaran con el estímulo “**Calidad**”, refirieron 10 palabras definidoras, con mayor significado enlistaron; amabilidad, buena, humanismo, excelente, disposición, competente, con menor peso; profesionalismo, calificada, ética, eficiente. (Ver gráfica y cuadro 78)

GRÁFICA 78

CUADRO 78



Gráfica y cuadro 78. Resultado de la palabra estímulo Calidad para personal femenino y masculino

Del análisis efectuado se apreció que el personal femenino relaciona la palabra estímulo “**Calidad**”, con; atención y humanismo, mientras que el masculino lo relacionó con amabilidad, para ambos sexos la parte humana es insoslayable cuando de calidad se refiere.

Red semántica: “Calidad en los servicios de salud”

Objetivo: determinar el significado de la palabra estímulo “**Calidad en los servicios de salud**” para el personal femenino y masculino.

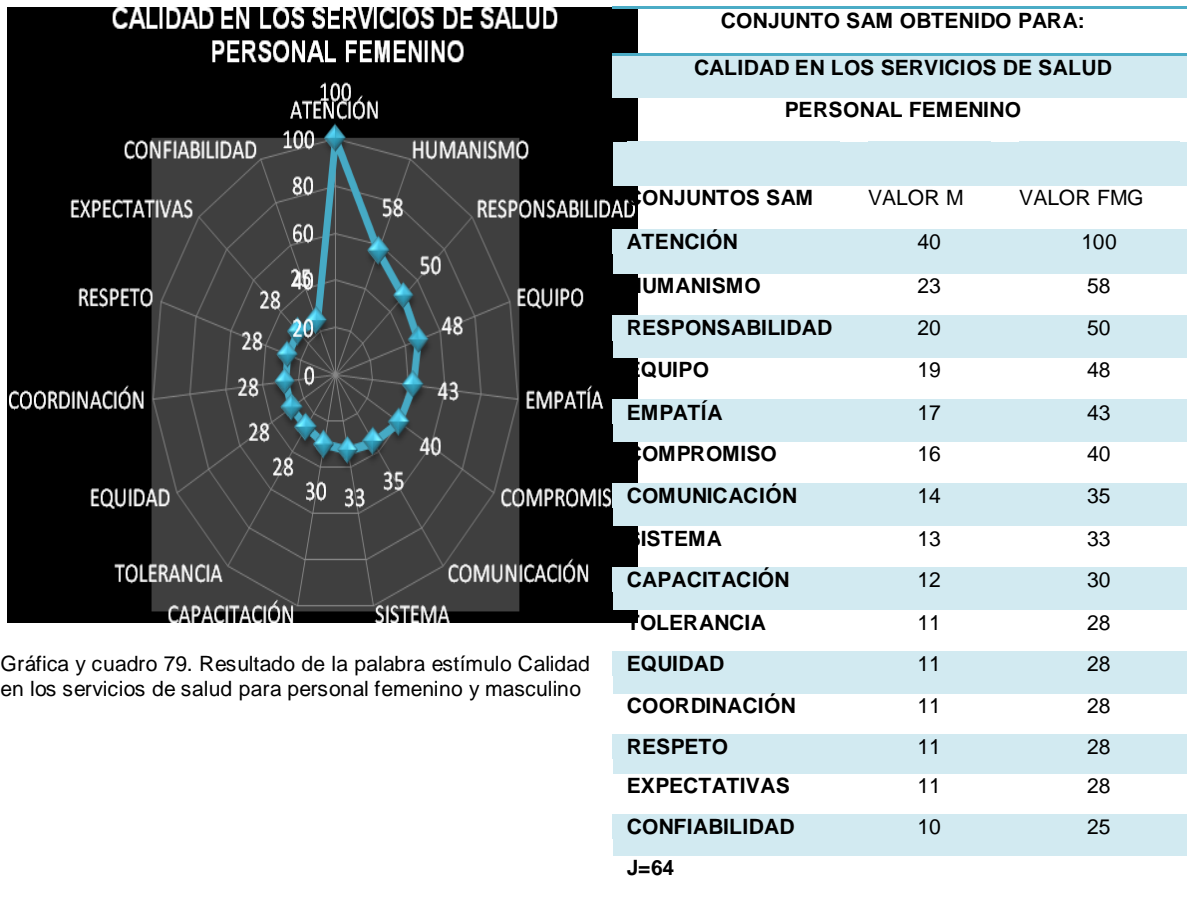
Sujetos: este ejercicio contempló a los y las trabajadores(as) sociales, el personal femenino está integrado por el 92% y el masculino representa el 8% del total del personal asignado a la institución.

Procedimiento: ya referido con anterioridad.

Resultados: en relación a la palabra estímulo “**Calidad en los servicios de salud**”, el personal femenino refirió 64 palabras definidoras, considerando con mayor peso; atención, humanismo, responsabilidad, equipo, empatía, compromiso, comunicación, sistema y capacitación, con menor significado; tolerancia, equidad, coordinación, respeto, expectativas y confiabilidad. (Ver gráfica y cuadro 79)

GRÁFICA 79

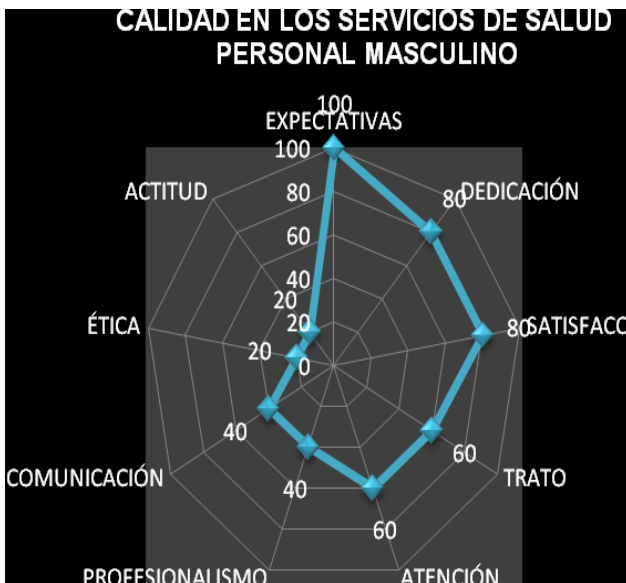
CUADRO 79



Gráfica y cuadro 79. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para personal femenino y masculino

Resultados: el personal masculino señaló para la palabra estímulo “**Calidad en los servicios de salud**”, 9 palabras definidoras, el número parece mínimo pero está relacionado con el número de trabajadores sociales (2), consideraron que las palabras que más la definen son expectativas, dedicación, satisfacción, trato y atención, con una menor significación profesionalismo, comunicación, ética, y actitud. (Ver gráfica y cuadro 80)

GRÁFICA 80



CUADRO 80

CONJUNTO SAM OBTENIDO PARA: CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD PERSONAL MASCULINO		
CONJUNTOS SAM	VALOR M	VALOR FMG
EXPECTATIVAS	5	100
DEDICACIÓN	4	80
SATISFACCIÓN	4	80
TRATO	3	60
ATENCIÓN	3	60
PROFESIONALISMO	2	40
COMUNICACIÓN	2	40
ÉTICA	1	20
ACTITUD	1	20

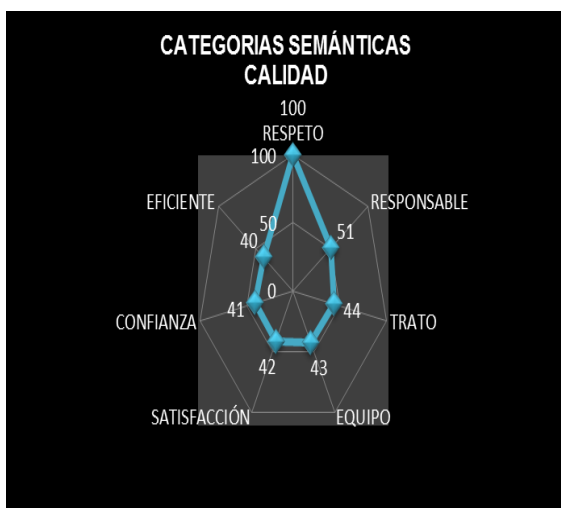
J=9

Gráfica y cuadro 80. Resultado de la palabra estímulo Calidad en los servicios de salud para personal femenino y masculino

CATEGORÍAS SEMÁNTICAS DEL CONJUNTO SAM PARA “CALIDAD”.

Con el desarrollo de la técnica de redes semánticas, se obtuvieron 79 palabras definidoras. Se observa y confirma que el personal de Trabajo Social del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” han experimentado situaciones distintas, que les hace referirse a la palabra estímulo de manera diversa, del total de palabras, se realizó una categorización y se obtuvo que para ellos tiene que ver con; respeto, responsable, trato, equipo, satisfacción, confianza y eficiente, conceptos vinculados directamente con la satisfacción del usuario. (Ver gráfica y cuadro 81)

GRÁFICA 81



CUADRO 81

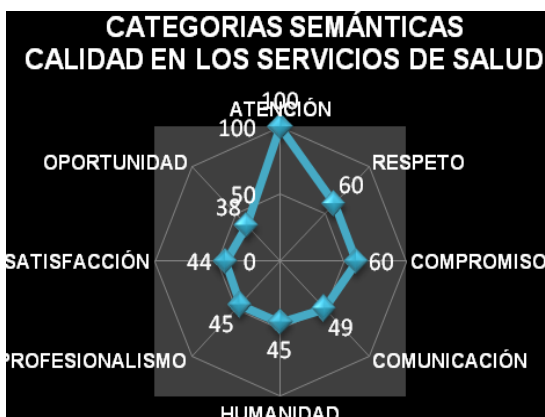
CATEGORÍAS SEMÁNTICAS PARA CALIDAD		
CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG %
RESPETO	72	100
RESPONSABLE	63	51
TRATO	54	44
EQUIPO	53	43
SATISFACCIÓN	52	42
CONFIANZA	51	41
EFICIENTE	49	40

J=79

CATEGORÍAS SEMÁNTICAS DEL CONJUNTO SAM PARA “CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

El uso de la técnica de redes semánticas naturales permitió acercarnos a la palabra que se desea definir, derivado de la interacción del individuo con el medio en el que se desarrolla le permite generar conceptos o ideas subjetivas que contribuyen a que el individuo defina conceptos, experiencias, momentos, ideas, etc., de manera general se analizaron 66 palabras definidoras referidas por el personal de trabajo social para “**Calidad en los Servicios de Salud**”, está relacionada con atención, respeto, compromiso y comunicación, en menor medida se tiene: humanidad, profesionalismo, satisfacción y oportunidad. (Ver gráfica y cuadro 82)

GRÁFICA 82



CUADRO 82

CATEGORÍAS SEMÁNTICAS PARA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD		
CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG %
ATENCIÓN	124	100
RESPETO	75	60
COMPROMISO	75	60
COMUNICACIÓN	61	49
HUMANIDAD	56	45
PROFESIONALISMO	56	45
SATISFACCIÓN	54	44
OPORTUNIDAD	47	38
J=66		

Los trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” asociaron a la palabra estímulo “**Calidad**” con; **respeto, responsable, trato, satisfacción, confianza, eficiente, excelente, buena, tolerancia, compromiso, óptimo, humanismo, compromiso, iniciativa, solidaridad y calificada.**

Para la palabra estímulo “**Calidad en los servicios de salud**”, los trabajadoras(es) sociales la asociaron con **atención, respeto, comunicación, compromiso, responsabilidad, humanidad, profesionalismo, satisfacción, equipo, oportunidad, trato, confiabilidad, coordinación, capacitación, asertividad y ética.**

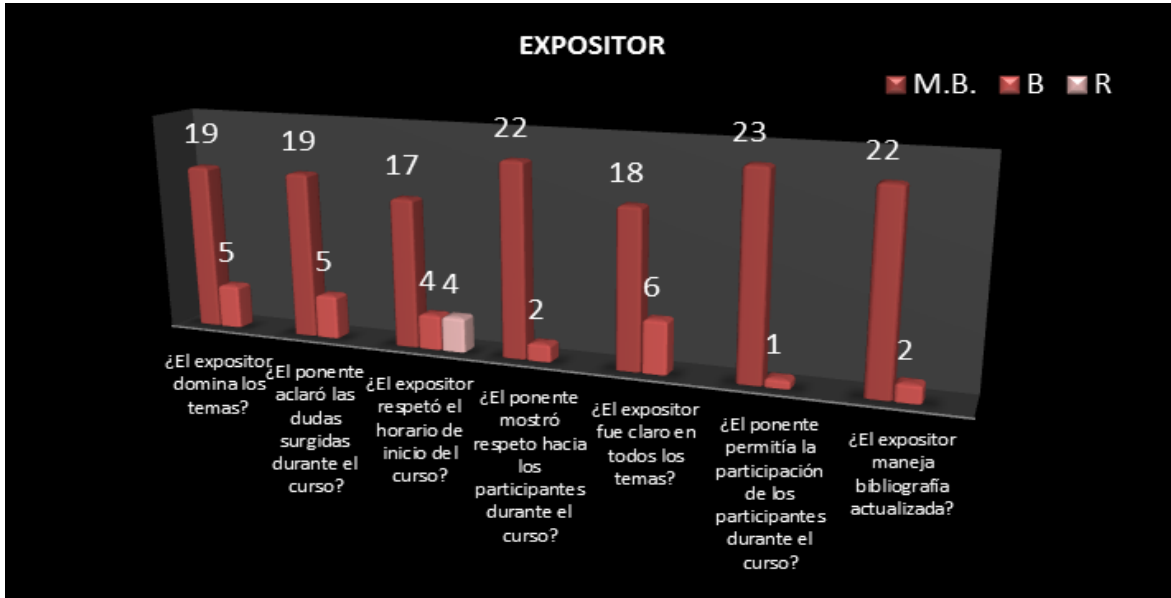
El conjunto SAM para “**Calidad**” está relacionada con el respeto, el trato, la satisfacción, confianza y eficiente.

Para el conjunto SAM “**Calidad en los servicios de salud**” fue relacionado con atención, respeto, comunicación, compromiso, responsabilidad, humanidad, profesionalismo, satisfacción y oportunidad.

EVALUACIÓN DEL TALLER

Los asistentes señalaron que el expositor permitió la participación de los asistentes, mostrando respeto hacia los comentarios vertidos, además, mostró claridad en los temas expuestos resolviendo las dudas que surgieron durante el desarrollo del taller, la bibliografía utilizada se encuentra actualizada. (Ver gráfica 83)

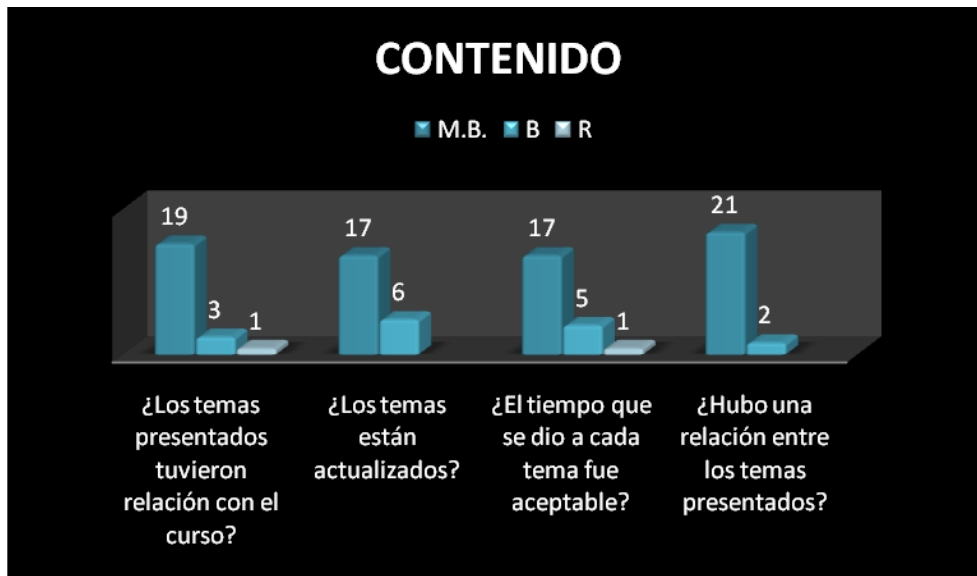
GRÁFICA 83



Calificación de parte de los asistentes hacia el ponente

En lo referente al contenido del taller los asistentes señalaron que los temas presentados tuvieron relación con el curso, la información se encuentra actualizada, además el tiempo destinado fue suficiente. (Ver gráfica 84)

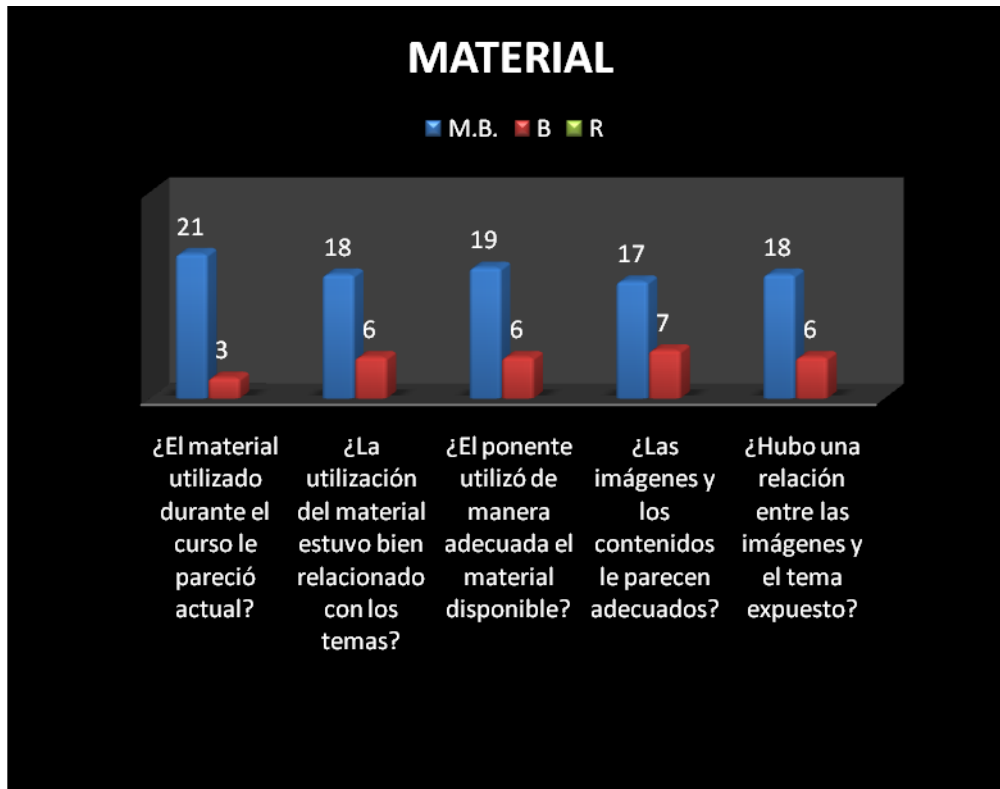
GRÁFICA 84



Evaluación del contenido presentado en el taller

El material utilizado durante el taller les pareció que se encuentra actualizado y que el ponente lo utilizó de manera adecuada ya que hubo una gran relación con el tema y las imágenes que se presentaron. (Ver gráfica 85)

GRÁFICA 85



Calificación otorgada al material utilizado

Comentarios del personal de Trabajo Social

Al término del taller los asistentes comentaron lo siguiente, para efectos de este ejercicio se asignó un número consecutivo al instrumento y la letra “m” para los comentarios de mujeres y “h” para hombres.

(1m)

- Falta de compromiso profesional.
- Insensibilidad hacia el trato con los usuarios.
- El inadecuado manejo de sus tiempos.
- La despersonalización entre los profesionistas.
- La falta de coordinación entre el equipo interdisciplinario.
- Contar con más profesionales.
- La inadecuada comunicación entre el equipo médico.
- El que sus problemas personales los mezclen en el ámbito laboral.
- La falta de compromiso laboral con el equipo multidisciplinario.

(2m)

Problema: mala atención al usuario (paciente y familiar) por parte principalmente del área médica, ya que no existe compromiso ni sensibilidad al atenderlos, lo anterior genera que no reciban la información que necesitan sobre el padecimiento que presentan y esto genera disgusto en ellos.

(3h)

Problema

Falta de sensibilidad y compromiso por del área médica, hacia la atención a los usuarios y hacia el equipo multidisciplinario.

Efectos

- Mala comunicación con familiares.
- Inadecuada coordinación con el equipo de salud.
- Aumento de quejas, tanto del personal como de pacientes y familiares.
- Mala información respecto al estado de salud de paciente.
- Retraso en los procedimientos médicos y/o administrativos.

Posibles soluciones

- Que recuerden su código de ética y lo apliquen.
- Que se den cursos de desarrollo humano.
- Sensibilizarlos sobre el compromiso que adquieren al trabajar en una institución pública.
- Que exista supervisión continua sobre el trato a los pacientes y familiares.
- Que se generen sanciones ante el mal trato hacia el usuario.
- Que se respeten los lineamientos hospitalarios.

(4m)

Falta de recursos físicos, económicos y humanos para brindar una atención oportuna y de calidad al usuario ya que de estos los pacientes son rechazados y enviados a otras unidades hospitalarias, sufriendo el mismo problema por falta de políticas sociales y económicas que ni el gobierno local y federal han logrado implementar ya que la mayoría de los recursos se destinan a otros programa o para enriquecimiento de algunos funcionarios.

(5m)

Horario de visita y reporte médico

No respetan los horarios establecidos y no proporciona reporte médico, genera molestia a los familiares, en ocasiones el familiar tiene que acudir con las autoridades llegando a quejas incluso en Derechos Humanos.

Situación que se puede evitar con una orientación oportuna de los lineamientos del servicio, función de trabajo social y coordinación con el equipo médico.

(6m)

Que se invierte tiempo en realizar registros diarios y mensual; debido a que las notas y estudios se hacen en computadora sería esta herramienta la que podría elaborar el concentrado mensual y registros.

(7m)

El equipo de cómputo pudiera eficientarse en cuanto a la rapidez de los procesos de la máquina, ya que así el trabajo pudiera realizarse con mayor agilidad, así como contar con más datos en la pantalla del SAHOS del paciente como datos generales.

(8m)

Mala planeación en lo que se refiere a recursos humanos y su distribución.

(9m)

Manejo de casos en pacientes que llegan en calidad de desconocidos.
Falta de información y manejo o seguimiento en los pacientes en calidad de desconocidos.

De la información señalada por los asistentes al taller “**Calidad elemento fundamental en la satisfacción del usuarios**”, se aprecia que los y las trabajadoras(es) sociales conocen las problemáticas existentes en la institución, consideran fundamental que el personal médico modifique el trato que brinda a los pacientes y sus familias, proporcionar informe médico, evitando así inconformidad y posibles quejas, además, proponen se planeen cursos de desarrollo humano, estas solicitudes pueden abordarse si se planean talleres de calidad.

CAPÍTULO 8 DISCUSIÓN GENERAL

El desarrollo de la presente investigación tuvo como finalidad describir los conocimientos que tenía el personal de trabajo social del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” en relación a **“Calidad y Calidad en los servicios de salud”**.

La calidad es un término amplio y subjetivo, es un referente para medir la satisfacción de las personas que reciben un servicio, Peralta (2004:70), *“la calidad está determinada por el cliente, se basa en la experiencia de estos en relación al servicio o producto comparada con sus requerimientos establecidos o no, conscientes o inconscientes”*.

El estudio exploratorio permitió visualizar que los y las trabajadoras(es) sociales no poseen conocimientos relacionados con la **“Calidad y Calidad en los servicios de salud”**, desconocían herramientas relacionadas con la mejora continua y su aplicabilidad a las áreas de atención, además, la institución no se posee una planeación relacionada con la calidad, ante esta ausencia se planeó y ejecutó el taller denominado **“Calidad elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, éste se conformó de tres sesiones y tres horas por cada día del taller, comprendiendo temas que fueron de lo general a lo particular y se terminó con una descripción de conocimientos y del significado de palabras estímulo.

Los comentarios proporcionados por los usuarios, confirman una falta de conocimientos en relación a la calidad, así como una planeación que garantice la atención que se otorga a las personas, parte importante del trabajo también fue conocer el significado asignado a las palabras estímulo, para lo cual se utilizó la técnica de redes semánticas.

Ante los hallazgos se planteó la necesidad de generar espacios de análisis y propuesta, por ello se planeó el taller **“Calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, se buscó que los participantes compartieran experiencias desde sus ámbitos de trabajo, destacándose que generaron propuestas para mejorar la calidad de la atención, se resalta lo señalado por García, Robles, Rojas y Torelli (2008:138), *“El grupo se erige como ámbito y a la vez como instrumento del aprendizaje, puesto que es el marco específico donde se desarrolla la interacción con otros/as protagonistas del proceso de aprender.”*

El taller se conformó con un grupo de trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez, fue un grupo abierto, ya que se permitió el ingreso o egreso de los integrantes y se consideró secundario debido a que se conformó únicamente para el desarrollo del ejercicio.

Haber trabajado en grupos propició que los asistentes intercambiaran conocimientos relacionados con atención, así como, compartir situaciones o problemáticas que existen en cada uno de los servicios, con los conocimientos adquiridos, se lograron exponer soluciones dentro de la metodología de la mejora continua, esta se refiere a que las actividades que se realizan cada día se pueden realizar mejor, se considera mejora cuando no se destina ningún recurso económico mayor, en caso de invertir recursos se estaría refiriendo a modificación, una de las características de esta filosofía es que propicia el trabajo en equipo.

El trabajo grupal permitió corroborar los planteamientos realizados por *Bandura (1987:31)*, "Las personas no están equipadas con un repertorio innato de conductas. Tienen que aprenderlas. Las pautas de respuesta nueva pueden adquirirse por experiencia directa o por observación".

La interacción entre las personas genera aprendizajes de manera directa e indirecta, se resalta que la teoría es aplicable en el trabajo realizado, debido a que las trabajadoras(es) sociales, compartieron sus experiencias para proponer alternativas que para mejorar la atención a los usuarios.

En lo que respecta a los conocimientos relacionados con la historia y las herramientas de la calidad, se observó en el instrumento aplicado que los y las trabajadoras(es) sociales lograron comprender y aplicar las estrategias, en particular el esquema de causa efecto de Ishikawa, éste contribuyó a realizar propuestas desde la experiencia de los sujetos de estudio, Blake y Mouton en Fernández (1997), refieren que el cambio organizacional debe comenzar por lo individual, es posible inducir el cambio y alcanzar los resultados deseados si se han resuelto los problemas en los niveles interpersonales, grupales e intergrupales, por ello, para considerar calidad en el área hospitalaria, Aguirre (2002) señala que para otorgar una atención con oportunidad y que exista una relación entre las necesidad y expectativa de salud tanto de quien recibe la atención como de quien la brinda, de allí que el trabajo presentado es un precedente para la atención a las necesidades de todos los actores en el proceso de atención.

En lo que respecta al significado de los estímulos proporcionados "**Calidad y Calidad en los Servicios de Salud**" se encontró que para el primer estímulo con **el conjunto SAM** la asociaron con el respeto, el trato, la satisfacción, confianza y eficiente y para el segundo estímulo tiene relación con atención, respeto, comunicación, compromiso, responsabilidad, humanidad, profesionalismo, satisfacción y oportunidad, Mejía. (2004:21) refiere "*En una empresa de salud la garantía de calidad es asegurar la calidad del servicio, de modo que se gane la plena confianza del cliente y su completa satisfacción. La exigencia en una empresa de salud es mayor si se tiene en cuenta que el servicio va dirigido a lo máspreciado del ser humano, como es la garantía de su propia vida.*"

De este ejercicio, se obtuvo que para la palabra estímulo “**Calidad**” lo fundamental es el respeto, la responsabilidad, el trato, la satisfacción y la confianza. Para “**Calidad en los Servicios de Salud**” se asoció a atención, respecto, comunicación, compromiso y responsabilidad. De las palabras proporcionadas para ambos estímulos, es claro que para brindar una atención que cumpla con las expectativas de los usuarios, lo primordial es el respeto.

Se realizó un comparativo entre las mujeres y los hombres, para la palabra estímulo “**Calidad**”, se obtuvo que para las primeras la asocian con optimizar, eficiente, compromiso, responsabilidad, confianza y calificado, para personal masculino tiene que ver con la amabilidad, humanismo, excelencia y disposición.

Para la palabra estímulo “**Calidad en los Servicios de Salud**” las mujeres señalaron que tiene relación con atención, humanismo, responsabilidad, equipo y empatía, para los hombres la asociaron con expectativas, dedicación, satisfacción, trato y atención.

De manera general, se tiene que para la palabra estímulo “**Calidad**” se asoció con el respeto, responsabilidad, trato, equipo, satisfacción, confianza y eficiente.

Para la palabra estímulo “**Calidad en los servicios de salud**” se relacionó con atención, respeto, compromiso, comunicación, humanidad, profesionalismo, satisfacción y oportunidad.

Los trabajadoras(es) sociales asistentes al taller, señalaron que este tipo de trabajos se debe difundir y realizar con otras áreas, perfilando hacia una sintonía y un trabajo en equipo, el cual se vea reflejado en la atención que se otorga a los usuarios.

El objetivo de la intervención se cumplió, en primera porque todo el proceso metodológico se desarrolló de manera puntual, en segunda, derivado del diagnóstico situacional, se planeó la intervención a través de un taller, en él se abordaron temas relacionados con la “Calidad y Calidad en los Servicios de Salud” con el análisis, se observó un avance en relación a los conocimientos antes y posterior, ya que se mostró un incremento en el porcentaje de respuestas correctas en un total de 17 preguntas, aun cuando la intervención fue de una duración relativamente corta de tres sesiones y nueve horas totales. Esto abre la posibilidad de realizar nuevas intervenciones que ayuden a mejorar tanto las nociones como las acciones de los procesos de calidad en el ámbito de los servicios de salud.

Se consultaron trabajos relacionados con la calidad de la atención en los servicios de salud, se destaca a *Terán, G. (1996)*, *Sánchez, I. (2002)*, *Gutiérrez, B. (2002)* *García, C. (2004)*, estos trabajos sólo señalan los hallazgos encontrados pero no realizan una intervención como en es el presente trabajo, para el desarrollo de esta propuesta primero se identificó la necesidad y en base a ello se planeó un taller, en el cual se presentaron tópicos relacionados con la calidad y calidad en

los servicios de salud, el fin principal es que los trabajadores sociales sean los encargados de realizar propuestas de cambio a través del uso de la metodología de la mejora continua, estando así en posibilidades de garantizar la satisfacción de los usuarios.

Así, para garantizar el servicio que se brinda a los usuarios es fundamental el respeto, el trato, la comunicación, el compromiso, el profesionalismo, conceptos que contribuyen al posicionamiento positivo de las instituciones en la preferencia de los usuarios.

Haber trabajado en grupos, permitió que los asistentes intercambiaran conocimientos relacionados con calidad, así como, compartir situaciones o problemáticas que existen en cada uno de los servicios, con los conocimientos adquiridos, se lograron exponer soluciones dentro de la metodología de la mejora continua.

El estudio tuvo varias ventajas, entre las que se destacan las siguientes; debido a que laboró dentro de la institución, no fue necesario realizar un proceso de rapport con el personal de Trabajo Social, siempre le brindaron apoyo para el desarrollo del trabajo, además, se tenía el conocimiento de las necesidades en relación a la calidad del servicio que se brinda a los usuarios, la falta de manuales de calidad, de talleres o cursos relacionados con la atención a los usuarios.

Para finalizar, es un precedente para la institución, en especial para el área de Trabajo Social, desarrollar trabajos relacionados con la Calidad, sentar las bases para trabajos posteriores, sea este un referente no sólo para una área, sino para toda la institución y recordar siempre, "La Calidad la hacemos todos".

CAPÍTULO 9 CONCLUSIONES

Ante la falta de conocimientos relacionados con atención a los usuarios y la planeación de la calidad, se contempló realizar el taller **“Calidad elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, tuvo como fin principal, que el personal de Trabajo Social conociera antecedentes históricos de la calidad y herramientas de calidad que permitieran realizar su trabajo desde la perspectiva de la mejora continua para proponer acciones que contribuyan a realizar sus actividades de la mejor manera, el fin principal es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, sin olvidar las propias, dejando un precedente para la implantación de talleres de calidad en la institución.

Se resalta el trabajo realizado en cada uno de los talleres, de manera global los trabajadores conocieron los antecedentes históricos de la calidad en los servicios de salud y el uso de herramientas que contribuyen a modificar procesos en las instituciones, se destaca el uso del esquema de causa efecto de Ishikawa, los asistentes lograron realizar ejercicios desde la experiencia en sus áreas de trabajo, lo que contribuyó a realizar propuestas para la institución, además, se utilizó la técnica de redes semánticas para conocer el significado asignado a los estímulos.

El uso de esta técnica permitió conocer la idea que tienen los trabajadores sociales de los estímulos **“Calidad y Calidad en los Servicios de Salud”**, la importancia del desarrollo de estos trabajos son señalados por Valdez, J. (2005:22) *“surgió la necesidad de proponer una nueva alternativa técnica que permitiera observar la forma en la que se organiza la información y cómo ello puede tener efectos sobre la conducta, que brindará la oportunidad de acercarse cada vez más al estudio válido y confiable del significado”*.

Derivado del uso de la técnica en el taller **“Calidad elemento fundamental en la satisfacción del usuario”** de manera general los trabajadoras(es) sociales señalaron lo siguiente; en relación al estímulo **“Calidad”**, se concibe, como el respeto que se tiene hacia las personas, la responsabilidad, el trato y el humanismo son características principales de la calidad en cualquier contexto, cumpliendo con estos elementos se estaría calificando que un servicio, un producto, un momento, la vida misma son de calidad.

En cuanto al significado de **“Calidad en los Servicios de Salud”**, se asocia con la atención que se brinda a los usuarios y el respeto que se tiene hacia ellos, resalta el factor humano y el trato que se otorga como elementos fundamentales en la satisfacción, de esta descripción se desprende, los participantes tienen presente los elementos que inciden directamente en el cumplimiento de las expectativas de la gente y en caso de no cumplirse con los elementos señalados, se tiene el riesgo de no garantizar la atención que se otorga.

Referir los conocimientos adquiridos por los asistentes posterior al desarrollo de un taller, es indispensable para corroborar que los elementos de calidad fueron aprendidos y que el personal está preparado para ofrecer una atención que vaya más allá de lo que esperan y que además, se encuentren en posibilidades de formas círculos de calidad para desarrollar y fomentar las habilidades que cada miembro posee, así como apoyar en las debilidades que otros presenten.

Para garantizar la satisfacción de los usuarios, es necesario capacitar a todo el personal de Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, "Dr. Belisario Domínguez", será necesario iniciar una política de calidad, que contemple la creación de talleres en los que los participantes puedan expresar obstáculos que impiden realizar su trabajo, propiciar un aprendizaje a través de la interacción de las personas, se tendrá un hospital de excelencia basado en el capital humano.

Concluyendo, para garantizar una atención que cumpla con lo esperado por los usuarios, es necesario el respeto, el compromiso, el escuchar sus necesidades para trabajar en relación a ellas y no en el de la institución, así como realizar una planeación en calidad, así como, posicionar a los talleres como espacios de análisis y construcción de ideas, así con ello, se garantizaría la satisfacción y por ende el posicionamiento de la institución en relación a sus similares.

CAPÍTULO 10 PROPUESTAS

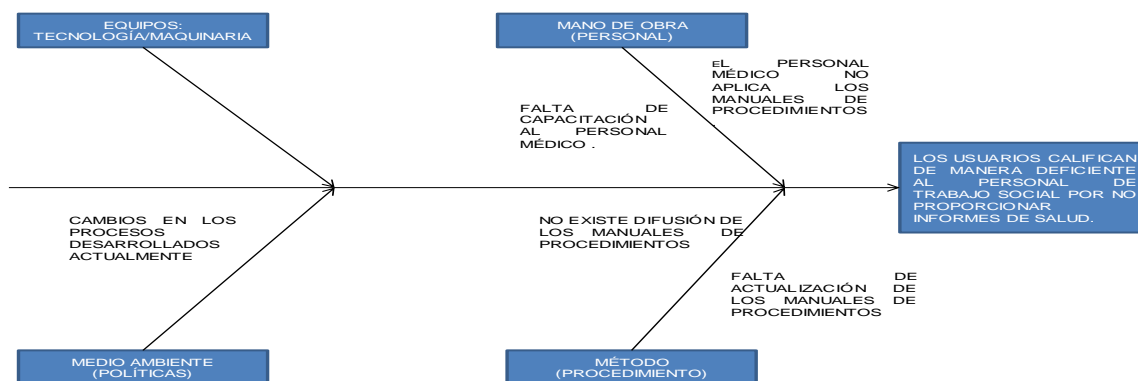
Esta fase se realizó a partir de conocer las necesidades tanto de los Trabajadoras(es) sociales como de los usuarios, sus experiencias fueron fundamentales para realizar las propuestas, las cuales partieron desde la experiencia de las personas que intervienen en el proceso de atención.

El objetivo de estas propuestas es que todo el personal del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez”, posean los conocimientos relacionados con **“Calidad”** y **“Calidad en los servicios de salud”**, la aplicación de la metodología de la calidad total es insoslayable, si el fin es garantizar la satisfacción de los actores en el proceso de atención, sirvan estas para mejorar la calidad de la atención que se ofrece en la institución, a continuación se presentan el desarrollo de cada una.

INFORMES DEL ESTADO DE SALUD

Informar a los familiares del estado de salud de los pacientes, es una actividad del personal médico, por cuestiones de la estructura de las profesiones, Trabajo Social comunica a los familiares de las condiciones de salud, esta es una función de índole médica y no social, si los procesos de atención no son específicos o difundidos, esta situación continuará afectando la imagen del área.

Diagrama de Causa - Efecto



<p style="text-align: center;">GASTO ACTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> *Trabajo Social proporciona informes del estado de salud de los pacientes. *Existen procesos difusos y no difundidos. *Manuales de procedimientos desactualizados. *No existen políticas de calidad. *Falta de aplicación de herramientas de calidad. 	<p style="text-align: center;">COSTO DE LAS MEJORAS PROPUESTAS</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">NINGUNO</p>
<p style="text-align: center;">BENEFICIOS Y TIEMPO ESTIMADO PARA SU REALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se garantiza una atención de calidad con enfoque hacia el usuario. *Se obtendrá un posicionamiento favorable en relación a otras instituciones. 	

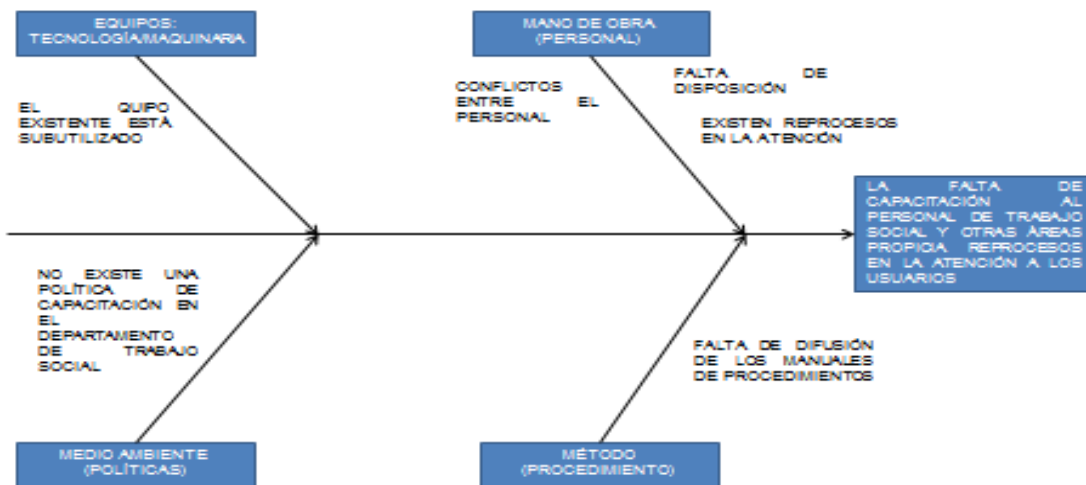
Al Trabajador (a) Social se le califica de manera deficiente por no brindar informes de salud, en el esquema de Ishikawa se aprecian las actividades pendientes por realizar que generan insatisfacción en los usuarios.

Elaborar y actualizar manuales de procedimientos para definir las funciones de cada uno de los miembros del equipo de salud, así como implantar una política que redunde en la satisfacción de los usuarios y su familia.

FALTA DE CAPACITACIÓN

Haciendo uso de la técnica de espina de pescado de Ishikawa, se presenta la falta de capacitación, esta facilita la difusión y actualización de los conocimientos en calidad y calidad de la atención, este proceso inicialmente se planeo sólo para el personal de trabajo social, no surtirá un efecto positivo si no se proporciona a todo el personal de la institución.

Diagrama de Causa - Efecto



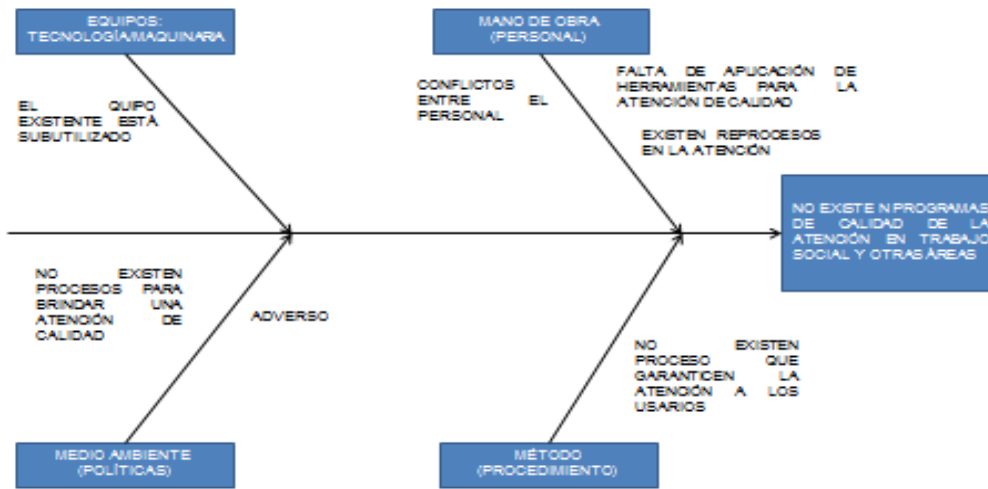
<p style="text-align: center;">GASTO ACTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> *Ausencia de programas de capacitación relacionados con la calidad en los servicios de salud. *No se trabaja con estándares de calidad. *No existen políticas de calidad. *Falta de aplicación de herramientas de calidad. 	<p style="text-align: center;">COSTO DE LAS MEJORAS PROPUESTAS</p> <p style="text-align: center;">NINGUNO</p>
<p style="text-align: center;">BENEFICIOS Y TIEMPO ESTIMADO PARA SU REALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se garantiza una atención de calidad con enfoque hacia el usuario. *Se obtendrá un posicionamiento favorable en relación a otras instituciones. <p>Aplicación: INMEDIATA</p>	

La capacitación, abre un espacio para trabajar dentro de la mejora continua, es decir, mejorar lo que se está haciendo sin gastar recursos económicos, esta facilitaría la implantación de políticas de calidad, estándares de calidad y la aplicación de herramientas que facilitan monitorizar constantemente los procesos.

AUSENCIA DE PROGRAMAS EN CALIDAD

La institución no cuenta con programas de calidad que contribuyan a tener un eje hacia la satisfacción de los usuarios, el personal ofrece un servicio basado sólo en su experiencia y no en el cumplimiento de la misión y visión, quedando estos como un eslogan y no como una meta, no se posee una estrategia para su cumplimiento.

Diagrama de Causa - Efecto



<p align="center">GASTO ACTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> *Falta de programas de calidad que garanticen la atención que se brinda. *No se trabaja con estándares de calidad. *No existen políticas de calidad. *Falta de aplicación de herramientas de calidad. 	<p align="center">COSTO DE LAS MEJORAS PROPUESTAS</p> <p align="center">NINGUNO</p>
<p align="center">BENEFICIOS Y TIEMPO ESTIMADO PARA SU REALIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se garantiza una atención de calidad con enfoque hacia el usuario. *Se obtendrá un posicionamiento favorable en relación a otras instituciones. <p>Aplicación: INMEDIATA</p>	

Generar un programa de calidad, en el que se contemple a todo el personal del Hospital, con la finalidad que todos conozcan a qué se refiere la “Calidad” y “Calidad en los Servicios de Salud” y que los participantes generen propuestas para realizar mejoras, además, generar un instrumento para monitorizar cada una de las actividades programadas, evaluar y realizar las correcciones correspondientes.

- Para mejorar la atención que se brinda en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, es importante que se replique el taller “**Calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario**” que muestra aspectos relacionados con la calidad y como desde la perspectiva de la mejora continua se garantice la atención que se brinda.
- Para garantizar el éxito del taller es necesario actualizar constantemente para que responda a las necesidades de los usuarios, tanto internos como externos.
- Monitorear constantemente las necesidades de los usuarios para garantizar su satisfacción.
- Crear un círculo de calidad que sea el generador de las propuestas para intervenir en puntos estratégicos
- Promover la creación de un plan de calidad que este sustentado en el trabajo desarrollado en los círculos de calidad.
- Realizar un manual de calidad para cada una de las áreas del hospital para que todo el personal conozca cada una de sus actividades y cómo interactúan con otras personas.
- Posicionar a trabajo social dentro del área de calidad para que a través de la metodología de intervención que posee, pueda proponer y modificar situaciones que impactan en la no calidad de la atención que prevalece en la institución.

APÉNDICES

1



CALIDAD

“Atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes”.

“Adquirir o recibir un bien o producto, que satisfaga nuestras necesidades y que vaya más allá de lo que se espera”.



AV. TLAHUAC No. 4866 Esq. Zacatlán
Col. San Lorenzo Tezonco, Iztapalapa D. F.
Tel. 58500000 Ext. 1217
Trabajo Social



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO
SOCIAL

“CALIDAD, ELEMENTO
FUNDAMENTAL EN LA
SATISFACCIÓN DEL
USUARIO”



LA CALIDAD, LA HACEMOS
TODOS

2

1er. DÍA

HISTORIA DE LA CALIDAD

- Calidad en la prehistoria.
- Calidad en el periodo artesanal.
- La revolución industrial.
- La segunda guerra mundial.
- Japón, un país modelo.
- Calidad en el área industrial.
- Que es Calidad.

2º. DÍA

ACERCAMIENTO AL CAMBIO

- Calidad en los Servicios de Salud.
- Dimensiones.
- Modelo para evaluar los servicios de salud
- La Calidad en México.



3er. DÍA

AUSENCIA DE ERRORES

- Calidad de la Atención.
- Garantía de Calidad y estrategias.
- Calidad Total.
- El enfoque al cliente.
- Momentos de la verdad.
- Opinión de los usuarios acerca de la atención.
- Qué es una Cultura.
- Qué son los Valores.

- Qué son los Hábitos.
- Qué son las Prácticas.
- Los Círculos de Calidad.
- Herramientas de mejora.
- Ciclo de Deming.
 - Ishikawa.



3



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

INVITACIÓN

Que el personal de Trabajo Social, cuente con elementos en atención de Calidad, repercutirá en la satisfacción del usuario que acude a solicitar atención médica a esta unidad hospitalaria.

La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Escuela Nacional de Trabajo Social, invita a los Trabajadoras(es) sociales del Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez” a participar en el taller: **“Calidad, elemento fundamental en la satisfacción del usuario”**, en el que se abordarán temas como historia de la calidad, acontecimientos, precursores, ¿qué se está haciendo para brindar una atención con calidad?, entre otros temas. Se entregará constancia de asistencia.

Recuerda, la Calidad la hacemos todos.

Por favor, anota el día y la hora en que podrás acudir al taller, el cual consta de tres días, con un horario de dos horas con treinta minutos cada sesión.

Nombre: _____

Días en los que puedes asistir: _____

Horario: _____

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"**

CARTA DESCRIPTIVA 1er. DÍA DE TALLER

TEMA: Presentación de participantes en el taller

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Lograr que el personal de Trabajo Social se integre a las actividades del taller; "CALIDAD, ELEMENTO FUNDAMENTAL EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO"	Presentación por parejas	Se subdivide al grupo de tal manera que tanto el personal de Trabajo Social como del área de Atención Ciudadana, queden en distintos grupos, con la finalidad de que vayan rompiendo el hielo y a su vez permita que haya una interacción entre los participantes. Se realizará en parejas, se presentaran y comentarán lo siguiente: -Nombre completo -De dónde vienen -Cuáles son sus actividades -Qué esperan del curso -¿Qué es la calidad?	Ninguno	15 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Lineamientos del taller

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Establecer los lineamientos bajo los cuales se regirá el taller.	Exposición	Se informará a los participantes que anoten las normas en las que se desarrollará el taller, la finalidad es dar formalidad, orden y respeto, entre los puntos a señalar son: -Inicio de taller. -Respeto por los puntos de vista de los integrantes. -Generar la retroalimentación.	-Hojas blancas -Lápices	5 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Historia de la Calidad

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Mostrar cuáles son los antecedentes de la Calidad.	Exposición	Se comenzará el taller con la exposición de todas aquellas actividades que realizaba el individuo para sobrevivir hasta llegar a la Revolución Industrial y hacer énfasis de cómo se fue gestando la Calidad y cómo contribuyo a que fuera sentando bases. Tópicos: -Hombre primitivo -Calidad en el periodo artesanal -Revolución industrial	-Computadora -Proyector	20 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"**

CARTA DESCRIPTIVA 1er. DÍA DE TALLER

TEMA: Calidad en el área industrial y precursores.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Presentar las aportaciones realizadas tanto por Japón como por personas visionarias a la Calidad	Exposición	Se abordará la calidad en el área industrial y de cómo fueron surgiendo algunas personas que se percataron que el hacer bien los productos que comercializaban iban ganando mercado, cuestión que incidió y fue parte fundamental en el desarrollo de la Calidad. Tópicos: -La segunda guerra mundial. -Japón. -Bell Telephone Laboratories. -Joseph Jurán. -Edward Deming. -Walter Shewhart. -Kaoru Ishikawa. -Taiichi Ohno. -Massaaki Imai. -Kiyoshi Suzak	-Computadora -Proyector	20 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Qué es la Calidad.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Mostrar conceptos de Calidad en el área industrial.	Exposición	Presentar distintos conceptos de Calidad, para que el personal los vaya conociendo y formando una idea de los elementos que integran esta.	-Computadora -Proyector	25 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Concepto de Calidad

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Construir un concepto de Calidad, con la técnica de formando equipos.	Debate	Se formarán grupos de 3 a 4 personas, para que elaboren un concepto de la Calidad, buscando que todas las personas participen. Se les indicará que lo primero es poner un nombre al equipo que esté relacionado con la Calidad, después de construir el concepto, el equipo elegirá a un representante, éste expondrá al grupo dicho concepto posteriormente de manera grupal se construirá un concepto, retomando ideas de cada uno de los equipos.	-Hojas -Plumones -Rotafolios	10 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"

CARTA DESCRIPTIVA 1er. DÍA DE TALLER

TEMA: Preguntas y respuestas

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Responder de manera grupal a las dudas y cuestionamientos que surjan.	Debate	Todas las inquietudes serán resueltas con la ayuda del grupo, buscando que todos participen en la solución de los cuestionamientos.	-Hojas -Lápices	5 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández y grupo

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"**

CARTA DESCRIPTIVA 2º. DÍA DE TALLER

TEMA: Historia de la Calidad dentro del área de la salud y precursores.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Presentar la historia de la Calidad en el área de la salud y los aportes realizados principalmente por personal médico.	Exposición	Se presentará cual ha sido la historia de la Calidad en el área de la salud y como los precursores de este concepto fueron aportando elementos para conformar la Calidad en el área hospitalaria, haciendo énfasis de que no sólo en el área industrial puede haber Calidad. Tópicos: -Código de Hammurabi -Los griegos. -Sir William Petty. -Sir William Oslen. -E. A. Codman. -Abraham Flexner. -Lee y Jones. -Hooker. -Ciocco. -P. Iembcke. -Hospitales de Michigan. -Avedis Donabedian.	-Computadora -Proyector	70 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Calidad en el área de la salud en México.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Presentar los orígenes de la Calidad en el área de la salud en México	Exposición	Mostrar cómo la Calidad se fue incorporando al área hospitalaria y los trabajos que se realizaron. Tópicos: -1944. Se crea el Instituto Nacional de Cardiología. -1956. Revisión del expediente en el Hospital de la Raza. -1957. Se crea la Comisión de Supervisión Médica. -1959. Se crea la Auditoría Médica, (Boletín Médico). -1962. Aparece la Auditoría Médica. -1973. Aparece el Expediente Clínico en la Atención Médica. -1979. Palmer y colaboradores. -1986. Aparece la Revista de Salud Pública. -1990. Ruelas Barajas define el término garantía de calidad. -1997. IMSS presenta el Plan Integral de la Calidad. -1999. IMSS instituye el premio de calidad. -Plan Nacional de Salud (2000-2006). -Cruzada Nacional por la calidad en los servicios de salud.	-Computadora -Proyector	35 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"**

CARTA DESCRIPTIVA 2º. DÍA DE TALLER

TEMA: Calidad en el área de la salud.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Mostrar conceptos de Calidad en el área de la salud	Exposición	Presentar conceptos de Calidad en el área de la salud, para que el personal de Trabajo Social vaya retomando elementos que le permitan ir incorporando o generando un concepto propio.	-Computadora -Proyector	10 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: ¿Y entonces que es la Calidad?

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Formar grupos para que elaboren una definición de la Calidad en los Servicios de Salud.	Lluvia de ideas	Formar grupos de 4 personas y que cada equipo en un rotafolio anote que es la Calidad y que lo exponga al grupo, retomando cada uno de los elementos presentados en el taller.	-Hojas -Plumones -Rotafolios	20 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Preguntas y respuestas

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Responder de manera grupal a las dudas y cuestionamientos que surjan.	Debate	Todas las inquietudes serán resueltas con la ayuda del grupo, buscando que todos participen en la solución de los cuestionamientos.	-Hojas -Lápices	5 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández y grupo

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"**

CARTA DESCRIPTIVA 3er. DÍA DE TALLER

TEMA: Técnica

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Representar cómo realizan su trabajo en cada una de las áreas de trabajo social.	Dramatización	Se formarán de 2 a 3 grupos de participantes, para que presenten cómo hacen su trabajo, cómo brindan su servicio a la población usuaria, lo anotarán en una hoja y lo expondrán al grupo. Podrán hacer uso únicamente de lo que se encuentre dentro del aula.	-Hojas -Lápices -Rotafolios	20 min.	Grupo

TEMA: La Calidad en las áreas de Trabajo Social.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Realizar presentación de cada uno los términos y la relación con cada uno de los servicios de Trabajo Social.	Exposición	Presentar, que es la Calidad en Trabajo Social para que los asistentes vayan ubicándolos dentro del proceso de atención. Tópicos -Calidad de la atención -Garantía de Calidad -Calidad Total -El enfoque al cliente	-Computadora -Proyector	75 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Hacia una nueva Cultura de Atención a los usuarios.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Presentar que es una cultura de Calidad y como con la participación de cada una de las personas se puede implantar dentro de las áreas de trabajo con un sentido humano	Exposición	Se mostrará cómo se conforma una Cultura de Calidad y cómo se puede contribuir a trabajar dentro de una nueva forma de hacer las actividades diarias con un enfoque hacia el usuario. Tópicos: -Momentos de la Verdad. -Opinión de los usuarios. -Qué es una cultura. -Qué es una cultura de Calidad. -Cómo se conforma una Cultura de Calidad.	-Computadora -Proyector	60 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"**

CARTA DESCRIPTIVA 3er. DÍA DE TALLER

TEMA: Preguntas y respuestas

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Responder de manera grupal a las dudas y cuestionamientos que surjan.	Debate	Todas las inquietudes serán resueltas con la ayuda del grupo, buscando que todos participen en la solución de los cuestionamientos.	-Hojas -Lápices	5 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández y grupo

TEMA: Herramientas para una atención de Calidad.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Presentar que son los C.C.C., el ciclo de Deming y el esquema de Ishikawa	Exposición	Hacer la presentación y señalar como a partir de conocer un problema de atención al usuario se pueden encontrar una gama de soluciones. Tópicos: -Círculos de Control de Calidad (C.C.C.) -Mejora continua. -Ciclo de Deming. -Esquema de Ishikawa	- Computadora -Proyector	90 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández

TEMA: Áreas de oportunidad.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Invitar a los participantes a presentar un área de oportunidad y señalar como con el uso del esquema de Ishikawa se puede solucionar.	Lluvia de ideas	Se solicitará al personal de Trabajo Social, que señale cuáles son los obstáculos que se presentan en el desarrollo de sus actividades, para que a partir de ello se formen equipos de trabajo que vayan en busca de una atención de calidad basada en las expectativas de los usuarios, haciendo uso del Esquema de Ishikawa.	-Papel -Plumones -Rotafolio	20 min.	Grupo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LA CIUDAD DE MEXICO
"DR. BELISARIO DOMINGUEZ"

CARTA DESCRIPTIVA 3er. DÍA DE TALLER

TEMA: Preguntas y respuestas

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Responder de manera grupal a las dudas y cuestionamientos que surjan.	Debate	Todas las inquietudes serán resueltas con la ayuda del grupo, buscando que todos participen en la solución de los cuestionamientos.	-Hojas -Lápices	5 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández y grupo

TEMA: Instrumento

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Aplicar un instrumento que permita conocer, cual fue el cambio generado en los participantes después de haber tomado el taller.	Cuestionario	A cada uno de los participantes se le proporcionará un instrumento, el que permitirá conocer cual ha sido la adquisición del conocimiento.	Instrumento	10 min.	Lic. T.S. José Luis Alfaro Hernández y grupo

TEMA: Evaluación del taller.

OBJETIVO	TECNICA	ACTIVIDAD	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO	PONENTE
Evaluar al ponente y el taller	<i>Evaluación</i>	A los asistentes al taller se les proporcionará un instrumento en el que evaluarán: dominio del tema de parte del ponente y material utilizado.	Instrumento	5 min.	Grupo

Bibliografía

- Acle, T. (1989) *Planeación Estratégica y Control Total de Calidad*. México: Grijalbo S.A.
- Aguilar, M. (1989). *Técnicas de animación grupal*. Argentina: Espacio
- Aguilar, LI. (2005). *Los talleres de reflexión como estrategia de cambio. El caso del modelo de comunidad segura*. México: ENTS-UNAM.
- Aguirre, H. (2002) *Calidad de la Atención Médica*. México: Noriega
- Ailwin, N. y Gissi, j. (1980). *El taller, Humanitas*, Buenos Aires,
- Alvarado, L. (2006). *Técnicas para elaborar investigaciones*. México: Éxodo.
- Álvarez, F. (2003). *Calidad y auditoría en salud*. Colombia: Ecoe.
- Ander-Egg, E. (1990). *Cómo elaborar un proyecto: Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. México: Editorial Ateneo S.A. de C.V.
- Andersen, A. (1998). *Prácticas de Gerencia del Siglo XXI*, España: La Palma.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: ESPASA-CALPE, S.A
- Bandura, A. (1983). *Principios de modificación de conducta*. España: Sígueme.
- Bandura, A. Walters R. (1982). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. España: Alianza.
- Barrera, K. (2007). *Entre la vida y la muerte: la coherencia conceptual una necesidad teórica en la formación de un dominio específico*. México: psicología-UNAM
- Bertaux D. (1997). *Los Relatos de Vida*, París: Nathan.
- Biión W. R. (1990). *Experiencias en grupos*, México: Paidós.
- Bleger, J. (2003). *Psicología de la conducta*, México: Paidós.
- Cabello F. y González C. (2006). *Propuesta de grupos de ayuda mutua, como una alternativa de intervención en Trabajo Social con grupos*. México: ENTS-UNAM.
- Calleja, N., Gómez, G. (2001). *Psicología social: Investigación y aplicaciones en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Campbell, D. y Stanley, J. (1982). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*, Buenos Aires: Amorrortu.

Cantú, H. (1999). *Desarrollo de una Cultura de Calidad*. México: Mcgraw Hill.

Carrera M. y Saavedra G. (2006). *La intervención de Trabajo Social con grupos de adolescentes en la evangelización a través del movimiento de cursillos infantiles a colores*. México: ENTS-UNAM.

Cartwright, D. y Zander, A. (1999). *Dinámica de grupos, Investigación y Teoría*, México: Trillas.

Chávez, R., Córdoba, M., Hernández, S. y Tovar, R. (2006) *Calidad de la atención de enfermería en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, en México, D. F.* Tesis de Licenciatura en enfermería y obstetricia, México: ENEO-UNAM.

Confederación española de la pequeña y mediana empresa. (1995). *Calidad total España*: Instituto superior de estudios empresariales.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2008) México: Esfinge.

Daniels, N (2000). *Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo*. consultada el 08 de febrero de 2011 de http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_163-172_spa.pdf

Davis, K. y Newstrom, J. (1999) *Comportamiento humano en el trabajo*. México: McGraw Hill.

De la Fuente, J. (2001) *La Medición en Salud a través de Indicadores*. México: Siglo XXI.

De la Lama, E. (1999) *Cultura de calidad de servicio*. México: Trillas.

De Salazar, L. (1999). *Evaluación de Desempeño de Estudiantes de Salud, usando el modelo de calidad de cuidado percibido por la comunidad*. Colombia: Colombia médica.

Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la Atención Médica*. México: La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V.

Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica

Evangelista, E. (1998). *Historia de Trabajo Social en México*. México: Plaza y Valdez

- Fernández, M. (1997). *Eficacia Organizacional*. México: Díaz de Santos
- Fernández, T. y López, A. (2006). *Trabajo Social con Grupos*, Madrid: Alianza.
- Friedlander, W. (1973). *Dinámica del Trabajo Social*, México: Pax-México.
- Gandulfo, M. A., Taulamet, M. R., Lafont, E. (1994). *El juego en el proceso de aprendizaje*. Argentina: Humanitas.
- García R. y Luna S. (2007). *Talleres de Desarrollo Humano como alternativa de crecimiento: un enfoque humanístico*. México: FES Iztacala-UNAM
- García, C. (2004). Evaluación de la calidad de atención en el Departamento de Trabajo Social del I.N.N.N. Manuel Velasco Suarez, desde la percepción del público usuario. México: ENTS-UNAM
- García, D. (2008). *El trabajo con grupos, aportes teóricos e instrumentales*. Buenos Aires: Espacio.
- García, M. (2005). *Taller de Intervención Profesional, Administración Integral y Desarrollo del Factor Humano en las Organizaciones*. México: ENTS-UNAM.
- Garrocho C. (1995). *Análisis socioespacial de los servicios de salud*. México: El Colegio Mexiquense.
- Gibson, J. (2001). *Las Organizaciones*. Santiago de Chile: Mc Graw-Hill.
- Gómez, E. (1991). *El control total de la calidad*. Colombia: Legis fondo.
- González, E. (1990). *Diagnóstico de la salud en México*. México: Trillas.
- González, J. (1987). *Dinámica de Grupos Técnicas y Tácticas*. México: concepto.
- Grados, J. (1999). *Capacitación y desarrollo de personal*. México: Trillas.
- Guizar, R. (2004). *Desarrollo Organizacional*. México: Mc Graw-Hill.
- Gutiérrez, B. (2002). Intervención del trabajador social en un modelo de mejora continua de la calidad. México: ENTS-UNAM.
- Gutiérrez, H. (1997). *Calidad Total y Productividad*. México: Mcgraw-Hill.
- Helovan, R. (1999). *Manual de los costos de la calidad*. Argentina: Mcgraw-Hill.
- Hernández, C. (2008). Nivel de conocimiento del médico familiar sobre el familiograma. México: UNAM-Facultad de medicina.

- Hernández, L. (1976). *Trabajo medico social*. Argentina: Humanitas.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2008). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
- Hersey, P. (1998). *Administración del Comportamiento Humano*. México: Prentice Hall
- Holdah, B. (1960). *Introducción a la bioestadística*. Argentina: Eudeba manuales.
- Jiménez, E. (2004). Percepción de la calidad de la atención medica en el área de urgencias y preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México: ENST-UNAM.
- Jiménez, I. (2004). *Ensayos sobre Bourdieu y su obra*, México: Plaza y Valdés.
- Kissnerman, N. (1973). *Servicio Social de Grupo*, Argentina: Humanitas.
- Laparra M., Aguilar, S., Ojinaga S., Beriain, J., Gaviria M., Fernández, B. y Hernández, J. (1990), *Cuestiones en torno al Trabajo Social*, España: Popular.
- Ley Federal del Trabajo (2008). *Ley Federal del Trabajo*. México: Barocio.
- Lloréns, F. y Fuentes, M. (2000). *Calidad total, fundamentos e implantación*, Madrid: Pirámide.
- López, D. (1980). *La salud desigual en México*. México: Siglo veintiuno.
- Meave, E. (2002). *Recursos metodológicos y técnicos de la Investigación Social*. México: Investiga.
- Mejía, B. (2004). Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. Colombia: Esfera editores.
- Mondragón, J., Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de Trabajo Social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo veintiuno.
- Napier, R., Gershenfeld, M. (1998). Grupos: teoría y experiencia. México: Trillas.
- Nava, E. (2007). *Elaboración y aplicación de talleres para el nivel superior de estudiantes de la UNAM: toma de decisiones, proceso de una decisión para mí elección y estrategias de aprendizaje*. México: FES Iztacala-UNAM.
- Okada Kaname, *Manual de Administración de la Calidad Total y círculos de Control de Calidad*, Vol. II, Programa Japón del Banco Interamericano de Desarrollo.

Olea, F. (2011). Discapacidad motriz, accesibilidad y exclusión social, las personas con discapacidad motriz en Ciudad universitaria, UNAM. México: ENTS-UNAM

Ortega, A. (1984). *Planeación, la opción al cambio*. México: Edicol S.A.

Peralta, G. (2004). *Calidad para la globalización*. México: Esfinge.

Pinet, L. (2005). *Atención pre hospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud*. Salud Pública de México, Vol. 47, No. 1, enero-febrero de 2005.

Programa Nacional de Salud (2001-2006)

Programa Nacional de Salud (2007-2012)

Reidl, L. (2005). *Celos y envidia: emociones humanas*. México: UNAM Facultad de Psicología.

Reza, J. (2006). *Antes y después de la capacitación ¿Qué?* México: SICCO S.A. de C.V.

Ribes, E. (1978). *Modificación de conducta, problemas y extensiones*. México: Trillas.

Ribes, E. y Burgos, J. (2006). *Raíces histórica y filosófica del conductismo*. México: Universitaria.

Robbins, S. (1996). *Comportamiento Organizacional*. México: Prentice Hall.

Robbins, S. (1998) *Fundamentos de Comportamiento Organizacional*. México: Prentice Hall.

Rojas, R. (1990). *Crisis salud enfermedad y práctica médica*. México: Plaza y Valdez.

Romero, C. (2005). *Intervención del T.S en el proyecto tejiendo relaciones frente a la descomposición social*. México: ENTS-UNAM.

Ruelas, E. (2005). *Certificación y acreditación en los servicios de salud: modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*. México: Secretaria de salud.

Ruelas, E. (2008). *Participación ciudadana en la mejora de la calidad de los servicios de salud*. México: Médica Panamericana.

Rusell, J. (1998) *El plan maestro de calidad*. México: Panorama.

Sachse, M. (1990) *Planeación Estratégica en Empresas Públicas*. México: Trillas.

Salanova, M. (2004). *Nuevos Horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Madrid: Campus del Riu.

Sánchez, I. (2002). *Evaluación de la Calidad de la Atención Médica Integral a trabajadores del Municipio Santiago de Cuba*. Revista Cubana de Salud Pública, P. 28

Sánchez, M. (1999). *Manual de Trabajo Social*. México: Plaza y Valdés.

Sandholm, L. (1995). *Control total de calidad*. México: Trillas.

Secretaria de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Plan Sectorial de Capacitación, "El Trato Digno Dignifica"* México: Secretaría de Salud.

Secretaria de Salud. (2002). *Conferencia Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Principales Aspectos y Logros*. México: Secretaría de Salud

Secretaria de Salud del Distrito Federal. Disponible en <http://www.salud.df.gob.mx>
Consultado el día 25/05/2008

Senge, P. (1993). *La quinta disciplina*, Buenos Aires: Granika.

Silva, M. (2006). *Apuntes para la elaboración de un proyecto de investigación social*. México: ENTS-UNAM

Skinner, F. (1974). *Ciencias y conducta humana*. Barcelona: Fontanella, S. A.

Swenson, L. (1987). *Teorías del aprendizaje, perspectivas tradicionales y desarrollos contemporáneos*. México: Paidós.

Terán, G. (1996). *Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el Instituto Nacional de Perinatología*. México: ENTS-UNAM

Tesoro, G. (2010). *Programa de intervención para promover habilidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. México: ENTS-UNAM

Tolosa S. (1999). *Herramientas básicas para la calidad en los servicios de salud*. ENEP IZTACALA-UNAM. México

Trabajo Social Hospitalario: práctica y quehacer profesional. (1996). Buenos Aires: Editorial Espacio

Tschorne, P. (1997). *Dinámica de grupo, atención primaria y en salud comunitaria*. España: Ediciones Salamanca

Uribe, M. (2001). *Reflexiones acerca de la SALUD en México*. México: Médica Panamericana

Valdez, J. (1994) El autoconcepto del mexicano. Estudios de validación, tesis para obtener el grado de doctor en psicología social, Facultad de psicología-UNAM.

Valdez, J. (2005). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Valdez, J. Díaz R y Pérez M. (2006) *Los hombres y las mujeres en México: dos mundos distantes y complementarios*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Valero, A. (1999). El trabajo social en México, desarrollo y perspectivas. México: ENTS-UNAM

Vidal y Reyes (1993), *Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad*. Salud Pública México, Vol. 35(3):326-331

Wexley, K. (1990) *Conducta organizacional y psicología del personal*. México: Cecsa.

Young, K. (1969). *Psicología social y aprendizaje de la interacción*. Buenos Aires: Paidós.

Zamanillo, T. (2008). *Trabajo Social con grupos y pedagogía ciudadana*. Madrid: Síntesis.