

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rectora : Dra. Maria Isabel Rodríguez

Secretaria : Licda. Alicia Margarita Rivas de Recinos

Decano de la Facultad de
Ciencias Económicas : Lic. Emilio Recinos Fuentes

Secretario de la Facultad de
Ciencias Económicas : Licda. Dilma Yolanda Vásquez de Del Cid

Docente Director : Lic. Alfonso López Ortiz

Docente Observador : Ing. Jorge Alfonso Zaldaña Durán

Coordinador del Seminario : Lic. Rafael Arístides Campos.

San Salvador

El Salvador

Centro América

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Todo Poderoso por permitirme culminar esta meta, por procurarme la vida y la salud y procurárselas también, a mi familia, por brindarme la fortaleza, el optimismo, la fe y la inteligencia a lo largo de este camino. A la Virgen María, por su gentil intercesión y amor. A mis padres, que son mis más grandes tesoros, por su amor, su guía, comprensión e incondicional apoyo. A mi hermano Juan Carlos por su amor, apoyo y ser ejemplo de perseverancia, fortaleza e inteligencia, a mi hermana Susana por su cariño, a mi hermanito César (que estoy segura que se regocija por mí allá arriba), a mis compañeros de tesis por su cooperación y compañerismo, a mis especiales amigos Leyleen y Gilberto, que me han brindado su apoyo moral, buenos ejemplos y gratos momentos. Al tribunal examinador y en especial a nuestro asesor Ing. Zaldaña Durán.

NELLY

Quiero expresar mis más sinceros y profundos agradecimientos a Dios todopoderoso que permitió que finalizara con éxito este proyecto el cual culmine con gran satisfacción en mi vida.

Agradezco a mi madre y hermana quienes me tuvieron toda la paciencia y comprensión y me brindaron su apoyo en todos los momentos tanto buenos como malos, también a todos mis amigos que estimo mucho y que me apoyaron y brindaron su más sincera amistad, (Mayra, Miguel, Jhony, Nelly, Geovany).

A mi asesor, y todos los demás profesores que forjaron en mí el espíritu de lucha y perseverancia y el deseo de aprender día con día algo nuevo y productivo.

LUCY.

Agradezco a Dios Todo poderoso, a mi abuela Teodora Rivera, a mis tíos, a nuestro asesor, a los profesores que me brindaron sus conocimientos, a mis amigos y compañeros de tesis que fueron el mejor apoyo para alcanzar la meta de culminar mi carrera y a todos aquellos que directa o indirectamente me brindaron su apoyo

MIGUEL

ÍNDICE.

	Pág.
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	iv
CAPÍTULO I	
"GENERALIDADES DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDAD EN EL SERVICIO".	
A. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN	01
1. ANTECEDENTES	01
2. MISIÓN	02
3. VISIÓN	02
4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	03
5. FUNCIONES DE LAS PRINCIPALES ÁREAS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	04
5.1 Dirección	04
5.2 Área Médica (Consulta Externa)	04
5.3 Área de Enfermería	04
5.4 Área de Laboratorio Clínico	05
5.5 Área de Farmacia	06
5.6 Área de Nutrición	06
5.7 Área de Odontología	07
5.8 Área de Atención al Medio Ambiente	08
5.9 CEPASP	08
6. OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN	09

7.	SERVICIOS QUE OFRECEN A LOS USUARIOS	10
7.1.	Consulta Externa	10
7.2.	Consulta de Emergencia	10
7.3.	Consulta Odontológica	10
7.4.	Área de Farmacia	10
7.5.	Área de Laboratorio	11
7.6.	Atención en Salud Mental	11
8	PROGRAMAS QUE BRINDA LA UNIDAD DE SALUD	11
9.	COMPONENTES DEL SISTEMA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS	12
9.1	Entradas	12
9.2	Salidas	12
9.3	Censor	13
9.4	Procesos de retroalimentación	13
B.	DESCRIPCIÓN DEL SIBASI	14
1.	Concepto	14
2.	Descripción de los elementos conceptuales	14
C.	FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDAD EN EL SERVICIO	16
1.	CALIDAD	16
1.1	Definición de Calidad	16
1.2	Calidad en Salud	17
1.2.1	Definición	17
1.2.2	Categorías o Enfoques de la Calidad en la Salud	17

1.3	Importancia de la Calidad	18
1.4	Administración de la Calidad, Bases Teóricas y Metodológicas del Modelo de Calidad Total	19
1.4.1	W. EDWARD DEMING	19
A.	Fundamentación Teórica	19
B.	Metodología para implantar la calidad	21
1.4.2	JOSEPH M. JURAN	21
A.	Fundamentación Teórica	21
B.	Metodología para implantar la calidad	22
1.4.3	KAORU ISHIKAWA	23
A.	Fundamentación Teórica	23
B.	Metodología para implantar la calidad	24
1.4.4	PHILIP CROSBY	25
A.	Fundamentación Teórica	25
B.	Metodología para implantar la calidad	26
2.	PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	27
2.1	Definición	27
2.2	Objetivos del Proceso de Mejoramiento de la Calidad	27
2.3	Beneficios que Ofrece el Proceso de Mejoramiento de la Calidad	28
2.3.1	Cuantitativos	28
2.3.2	Cualitativos	28

3.	FASES EN IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE	
	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	29
3.1	Definición	29
3.2	Fases de la Implantación de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad	29
3.2.1	Diagnóstico	29
3.2.2	Planificación	30
3.2.3	Documentación del sistema de calidad	30
3.2.4	Implantación o puesta en práctica del sistema	30
3.2.5	Control y Mantenimiento del Sistema	31
4.	SERVICIO	31
4.1	Definición de servicio	31
4.2	Estrategia del servicio	31
4.3	Cultura de servicio	33
4.4	Necesidades básicas de los clientes	33
4.4.1	Necesidad de ser comprendido	33
4.4.2	Necesidad de ser bien recibido	34
4.4.3	Necesidad de sentirse importante	34
4.4.4	Necesidad de Comodidad	34
4.5	Sistema de servicio	34
4.6	Gerencia del servicio	35
4.6.1	Momentos de verdad	36
4.6.2	Ciclo del servicio	36
4.6.3	Momentos Críticos de Verdad	37

4.6.4	Triangulo del Servicio	37
4.7	Reglas para un servicio de excelencia	39
5.	CALIDAD EN EL SERVICIO	40
5.1	Definición	40
5.2	Importancia de la calidad en los servicios	40
5.3	Fases de la calidad en el servicio	41
5.4	Definición de programa de calidad en el servicio	42
5.5	Componentes de un programa de calidad en empresas de servicios	43

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

A.	IMPORTANCIA	45
B.	OBJETIVOS	45
1.	Objetivo General	45
2.	Objetivos Específicos	46
C.	MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN	46
1.	Método de Investigación	46
2.	Tipo de Investigación	47
3.	Determinación y tamaño de universo y muestra	47
3.1	UNIVERSO	47
3.2	MUESTRA	48
3.2.1.	Determinación de la muestra de usuarios	48

3.2.2. Determinación de la muestra del personal del área de consulta externa	50
4. Instrumentos de Recolección de Información	51
5. Fuentes de recopilación de información	52
D. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	52
E. DIAGNÓSTICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS POR LOS USUARIOS	53
1. Orientación de los pacientes en el proceso de Consulta	53
2. Espacio Físico	54
2.1 Instalaciones del Edificio	54
2.2 Limpieza de las instalaciones	55
3. Tiempo de Espera	55
3.1 Proceso previo a la consulta	55
3.2. Tiempo de espera en farmacia y otras áreas posteriores a la consulta externa	56
3.3 Tiempo de espera en la consulta cuando un Paciente es referido a un médico especialista	57
4. Atención y Accesibilidad con los pacientes	58
4.1. Evaluación de la atención del médico	58
4.2 Evaluación de la atención del personal que forma parte de la consulta externa	60
4.3 Obtención de los medicamentos en farmacia	60
4.4 Charlas Educativas de Salud	61

4.5	Nivel de Atención y Satisfacción de los usuarios en la consulta externa	62
4.6	Prestigio de la Unidad de Salud de San Marcos	64
4.7	Opiniones y Sugerencias de los usuarios	64
4.8	Actitud del personal en cuanto a respeto, paciencia y cuidado de los pacientes	66
4.9	Capacidad Instalada	67
F.	DIAGNÓSTICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS POR LOS EMPLEADOS Y LAS JEFATURAS	68
1.	Misión y Visión de la Unidad de Salud	68
2.	Motivación y comunicación	68
3.	Relaciones laborales	70
4.	Liderazgo	71
5.	Ambiente físico y recursos materiales	71
6.	Percepción de los empleados acerca de la Calidad	73
7.	Percepción del tipo de servicio que se brinda en la unidad de salud	73
8.	Controles y mecanismos que se utilizan en la Unidad de Salud para mejorar la atención de los usuarios	74
9.	Sugerencias de los empleados y jefaturas para Mejorar la atención brindada en la unidad de salud	76

9.1	Sugerencias de los empleados	76
9.2	Sugerencias de las jefaturas	77
G.	CONCLUSIONES	78
H.	RECOMENDACIONES	80

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

A.	OBJETIVOS DEL PROGRAMA	84
1.	OBJETIVO GENERAL	84
2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	84
B.	MISIÓN Y VISIÓN DEL PROGRAMA	85
1.	MISIÓN DEL PROGRAMA	85
2.	VISIÓN DEL PROGRAMA	85
C.	POLÍTICAS DEL PROGRAMA	85
D.	ETAPAS Y ACTIVIDADES DEL MODELO DE CALIDAD TOTAL	86
1.	ETAPA 1: COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	
	Y ORGANIZACIÓN DEL PROCESO	86
1.1.	Presentar el proceso de mejoramiento de la calidad	87
1.2.	Integrar el comité de calidad	87
1.3.	Formular la política de calidad	91
1.4.	Elaborar el plan de implantación del Proceso de Mejoramiento de la Calidad	93

2. ETAPA 2: INVESTIGACIÓN CON CLIENTES Y USUARIOS	94
2.1. Aplicar técnicas para que los clientes evalúen la calidad del servicio	94
2.2 Ciclo del servicio de la consulta externa de la unidad de salud de San Marcos	97
2.3 Momentos de verdad y sus requisitos de calidad	97
2.4 Diagnosticar el nivel de calidad de los servicios	101
3. ETAPA 3: MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	102
3.1. Determinar los procesos de trabajo más importantes	102
3.2. Establecimiento de estándares desde la perspectiva del cliente	103
3.3 Indicadores clásicos para analizar los servicios de Salud	105
3.4 Matriz para la identificación de indicadores de Calidad	109
3.5 Medir el comportamiento de los procesos	113
4. ETAPA 4: DETERMINACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA	114
4.1. Proyectos de mejoramiento de la calidad a Implementar	114
4.2 Actividades a realizar para la puesta en marcha de los proyectos de mejora	115
4.3 Asignar personal especializado o equipos de calidad a los proyectos de mejora	122
4.4 Acciones para mejorar la calidad	123

5.	ETAPA 5: CONCIENTIZACION DEL PERSONAL RESPECTO	
	A LA CALIDAD	125
5.1.	Involucrar al personal en el Proceso de Mejoramiento de la Calidad	126
5.1.1	Objetivo	126
5.1.2	Metodología	126
5.1.3	Contenido de la reunión	126
5.2.	Proporcionar una inducción a la calidad a todo el personal	127
5.2.1	Objetivos	127
5.2.2	Metodología	127
5.3.	Realizar reuniones sobre temas de calidad	127
5.3.1	Objetivo	127
5.3.2	Metodología	128
6.	ETAPA 6: CAPACITACIÓN PARA LA CALIDAD	129
6.1.	Reforzar el liderazgo para la administración de la calidad	129
6.1.1	Objetivos	129
6.2	Desarrollo del Plan de Capacitación	129
6.2.1	Metodología a utilizar	129
6.3	Recursos a utilizar	131
6.3.1	Recursos Humanos	131
6.3.2	Recursos Técnicos	132
6.3.3	Recursos Materiales	132

6.3.4	Recursos Financieros	133
6.4	Presupuesto para el Seminario	133
6.5	Descripción del Seminario de Capacitación	136
7.	ETAPA 7: SEGUIMIENTO Y CERTIFICACIÓN	
	DE MEJORAS	139
7.1	Objetivos	139
7.2	Dar seguimiento a la implantación del Proceso de Mejoramiento de la Calidad	140
7.2.1	Objetivo	140
7.2.2	Responsabilidad	140
7.2.3	Metodología	140
7.3	Dar seguimiento a los proyectos de mejora	141
7.3.1	Objetivo	141
7.3.2	Responsabilidad	141
7.3.3	Metodología	141
7.4	Reportar y atender problemas de solución Inmediata	142
7.4.1	Objetivo	142
7.4.2	Problemas que se atenderán en este Procedimiento	142
7.4.3	Metodología	142
7.5	Evaluar los logros conseguidos	143
7.5.1	Objetivos	143
7.5.2	Responsabilidad	143

7.5.3	Metodología	144
7.6	Registrar las actividades y resultados del proceso de mejoramiento de la calidad	144
7.6.1	Objetivo	144
7.6.2	Responsabilidad	144
7.6.3	Metodología	144
8.	ETAPA 8: RECONOCIMIENTO DE LOGROS	145
8.1	Objetivo	145
8.2	Decidir los reconocimientos que se otorgarán	146
8.2.1	Objetivo	146
8.2.2	Responsabilidad	146
8.2.3	Metodología	146
8.3	Sugerencias para las ceremonias de premiación	147
8.4	Difundir los logros alcanzados	147
8.4.1	Objetivo	147
8.4.2	Responsabilidad	147
8.4.3	Recomendaciones	148
9.	ETAPA 9: INICIO DE UN NUEVO CICLO	148
9.1	Objetivos	148
9.2	Evaluar la forma como se implanto el proceso de mejoramiento de la calidad	149
9.2.1	Objetivo	149
9.2.2	Responsabilidad	149
9.2.3	Metodología	149

9.3	Determinar las acciones para iniciar un nuevo ciclo	150
9.3.1	Objetivo	150
9.3.2	Responsabilidad	150
9.3.3	Metodología	150

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

La calidad en la actualidad se está orientando y enfatizando en el servicio que el usuario o cliente recibe de una organización para que de ese modo logre la calidad total, pues, en el presente entorno altamente competitivo, de ello depende el éxito de la empresa. Es entonces que las organizaciones de cualquier índole, están poniendo especial cuidado a la forma en que sus clientes son atendidos. Toda organización cuyo objetivo sea obtener resultados de una manera efectiva, eficaz y eficiente y cumplir más acertadamente con sus objetivos institucionales, debe implementar la calidad en todas sus áreas operativas.

Es así, que se presenta este trabajo para proponer a la Unidad de Salud de San Marcos, un programa para el mejoramiento de la calidad en el servicio para la consulta externa, con el objetivo de contribuir a brindar a sus usuarios servicios de salud eficientes ya que en nuestro país, los servicios de salud al alcance de la mayoría de la población, se encuentran en condiciones deficientes, lo cual se refleja en los muchos problemas de salud que afectan a sectores vulnerables de la población; para esto se requiere que las autoridades competentes pongan mayor atención a los actuales problemas de salud.

En la primera fase de esta investigación, se presenta la base teoría necesaria que fundamenta nuestra investigación, así como

la información suficiente de la unidad de salud, que nos permitió tener un panorama objetivo de la institución y elementos en los cuales basar nuestra propuesta.

En la investigación de campo, se utilizó el método de **análisis y síntesis**, ya que se analizó cada fase del proceso de consulta, estudiando cada una de las partes, y después uniendo cada fase del proceso, tomando en cuenta cada uno de los aspectos que contribuirán a mejorar aquellos elementos que afectan la prestación de un servicio de calidad; para la obtención de la información, se utilizaron instrumentos como: **Cuestionario**, el cual se pasó a 40 empleados de la unidad de salud así como a 95 usuarios, con el objetivo de captar las impresiones de ambas partes respecto a los servicios que esta institución brinda y su forma de operar. Se utilizó también, **la cédula de entrevistas** destinada a las autoridades de la unidad, para tener su punto de vista y **la guía de observación directa** que nos permitió detectar aspectos que se pudieran haber obviado con los otros instrumentos y confirmar la información ya obtenida. Los principales problemas que se detectaron son: demoras en el tiempo de espera, inconformidades de parte de los usuarios con respecto al trato de cierto personal, insuficiencia de medicamentos, desorganización y falta de control en diversos procesos, falta de aseo en las instalaciones y condiciones sanitarias deficientes, desconocimiento del personal de la

filosofía institucional, conflictos y falta de comunicación entre empleados.

En la última fase se presenta la propuesta que contribuirá a lograr que en las diferentes áreas de la unidad de salud, especialmente en aquellas donde se presentan los mayores problemas, se introduzcan mejoras sustanciales, mediante la capacitación a todos los empleados y el funcionamiento de comités y equipos de calidad que propongan mejoras y que se encarguen de ejecutar el programa de calidad compuesto por nueve pasos, que hemos detallado en nuestra propuesta.

INTRODUCCIÓN

La calidad en el servicio, es un concepto que se esta adoptando mucho en las empresas salvadoreñas tanto publicas como privadas, han visto la necesidad de la utilización de este concepto, pues los servicios que se prestan deben de llevar un componente que le agregue valor y proyecte la satisfacción al usuario para que este regrese nuevamente en busca de servicios con calidad, ante esta situación se opta por realizar el trabajo de investigación denominado **"PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS"**, el cual se elaboro en tres capítulos.

El primer capitulo contiene toda la información relacionada con la Unidad de Salud de San Marcos que sirve para sustentar los antecedentes, estructura organizativa, misión, visión, funciones de las principales áreas de la unidad de salud, y demás información que sirve de referencia para el trabajo que se realizó, además contiene todos los fundamentos teóricos relacionados con la calidad en el servicio y otros temas relacionados con la calidad que se utilizaron al realizar la investigación.

El segundo capitulo contiene la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación y también contiene el desarrollo

de un diagnóstico de la situación actual que afronta actualmente la unidad de salud de San Marcos.

El tercer capítulo, esta diseñado como una propuesta de un programa de mejoramiento de la calidad en el servicio de consulta externa de la unidad de salud de San Marcos, en donde se sugieren una serie de etapas, para ayudar a solucionar algunos problemas de los resultados obtenidos en el diagnóstico y de las demás deficiencias que se encontraron en el servicio que brindan a los usuarios, y que al mejorarse se estarían brindando un mejor servicio, lo que daría como resultado una mayor satisfacción de los usuarios.

Finalmente se ha incluido la bibliografía que se utilizó en el trabajo de investigación, así como los anexos respectivos que hacen referencia a ciertos resultados e información relacionada con la investigación.



CAPÍTULO I

GENERALIDADES DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDAD EN EL SERVICIO.

A. GENERALIDADES DE LA INSTITUCIÓN.

1. ANTECEDENTES.

La Unidad de Salud de San Marcos, "Dr. Roberto Cáceres Bustamante", pertenece al municipio de San Marcos, departamento de San Salvador, con un área geográfica de 14.71 kilómetros, los límites son: al Norte con Antiguo Cuscatlán y San Salvador, al Este con Panchimalco, al Sur con Huizúcar y al Oeste con Santo Tomas, la institución fue inaugurada el 26 de noviembre de 1993, con el auspicio del Gobierno Italiano y el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.

Actualmente se encuentra ubicada en la colonia 10 de Octubre del Municipio de San Marcos, local donado por del Gobierno Italiano.

La Unidad de Salud de San Marcos ha venido incrementando la cobertura de sus servicios, debido tanto su mayor capacidad, como al incremento paulatino de la demanda, contando ahora con servicios de: Pediatría, Endocrinología, Medicina Interna y algunos programas que se han incorporando en los últimos años, con la participación del Sistema Básico de Salud Integral

(SIBASI), programas tales como: Clínica de Adolescentes, Programa de VIH para adolescentes, Tuberculosis, etc., con los que anteriormente no se contaban.

Desde el año pasado, se ha incrementado el número de horas de atención diarias del total de médicos de 40 a 90 horas, de estas últimas, 60 horas se destinan a consultas y 30 a epidemiología. Del mismo modo, a partir del año 2003, el número de pacientes que se atienden ha aumentado drásticamente en un promedio de 40% al día; este fenómeno se debe a que a partir de junio de 2003, los órganos Ejecutivo y Legislativo decretaron gratuidad en otorgamiento de servicios y medicamentos en las unidades de salud.

De acuerdo a información proporcionada por la Dirección, la misión y visión son las siguientes:

2. MISIÓN.

"La Unidad de Salud de San Marcos, es una institución que brinda servicios de salud integrales con eficiencia, efectividad y calidez, con un personal altamente motivado y con tecnología apropiada."

3. VISIÓN

" La Unidad de Salud de San Marcos, será un establecimiento de salud descentralizado y con capacidad de la toma de decisión local, enfocado a brindar una atención integral en salud con criterios de calidad, eficiencia, eficacia, equidad, y calidez y

con medidas y acciones sanitarias que preservan el medio ambiente del Municipio de San Marcos”.

4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

La Unidad de Salud de San Marcos, es una institución pública, que depende del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La estructura organizativa¹ de la unidad de salud de San Marcos está formada por un primer nivel que corresponde a la Dirección, cuya función es garantizar la atención integral en salud, a través de una administración eficiente, por medio de la coordinación y evaluación de la gestión técnico-administrativa y financiera de ésta. Bajo la gestión de la dirección se encuentra el comité técnico, que sirve de apoyo a los diferentes programas que se desarrollan. En el segundo nivel jerárquico, está conformado por ocho áreas funcionales, las cuales son: La **Secretaría**; Centro de Atención Polivalente (**CEPAPS**): Área encargada de la salud mental; **Consulta Externa**, área en la que se prestan los servicios de medicina general, pediatría, ginecología, medicina interna y endocrinología; **Odontología** área en la que se presta el servicio de higiene oral; **Enfermería**, se encarga de dar apoyo a las diferentes áreas; **Saneamiento**, cuya función es velar por la erradicación de focos de infección y vectores que atenten a la salud de la población; **Laboratorio**, se encarga de dar asistencia al área médica para los diagnósticos

¹ Ver anexo No. 01 la Estructura Organizativa de la Unidad de Salud.

patológicos; **Farmacia**, se encarga de administrar los medicamentos, inventarios y existencias.

5. FUNCIONES DE LAS PRINCIPALES ÁREAS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

5.1 Dirección.

- Elaborar Plan Anual Operativo con visión comunitaria
- Supervisar al personal médico, paramédico, enfermería y administrativo a través de análisis de informes, evaluación de resultados obtenidos y observación directa.
- Coordinación intra-institucional e intersectorial actividades relativas a la salud de la población.

5.2 Área Médica (Consulta Externa)

- Planificar la consulta médica general y especializada
- Coordinar con los diferentes servicios de apoyo, la atención efectiva y oportuna del paciente.
- Asistir a reuniones administrativas convocadas por el Director de la unidad.
- Atender pacientes de consulta externa según especialidad.

5.3 Área de Enfermería.

- Aplicación del proceso administrativo con alto grado de responsabilidad en el quehacer de enfermería; asegurando la atención integral del paciente y el desarrollo y conocimiento de los recursos de enfermería.

- Coordinar las actividades del área de enfermería a nivel intra y extra-institucional.
- Participar activamente en la vigilancia epidemiológica
- Asegurar el desarrollo efectivo de las diferentes actividades curativas y preventivas, que realiza el personal de enfermería y participar en otros afines.
- Promover y motivar la superación del personal de enfermería fomentando el estudio y la investigación.
- Conducir los servicios de enfermería en un área geográfica delimitada y atención a la salud integral del usuario, familias y comunidad.

5.4 Área de Laboratorio Clínico.

- Planificar, organizar, y controlar el trabajo técnico y administrativo de esta área.
- Supervisar la ejecución del trabajo de rutina, mediante la observación y análisis de procedimiento.
- Controlar la calidad de los resultados y eficacia de la metodología empleada.
- Participar en la ejecución de las actividades técnicas diarias.
- Representar al laboratorio en las diferentes actividades intramurales y extramurales.

5.5 Área de Farmacia.

- Planificar, organizar, coordinar y controlar las actividades de la farmacia del establecimiento.
- Mantener el funcionamiento de la farmacia a través de una racional planificación, organización, control y evaluación de los recursos materiales y económicos disponibles.
- Supervisar la receta de acuerdo a las normas de prescripción y uso establecido.
- Supervisar que se mantenga registro actualizado sobre existencias, consumos y saldos.
- Elaborar órdenes de compra de medicamentos.
- Llevar el control de psicotrópicos y estupefacientes y dar cumplimiento a las disposiciones del Consejo Superior de Salud Pública.
- Promover el desarrollo de sistemas racionales de distribución y dispensación de medicamentos.

5.6 Área de Nutrición.

- Supervisar, evaluar, y monitorear las acciones alimentario-nutricionales que se ejecutan en el Nivel Local Comunitario.
- Elaborar planes de capacitación, cuando se requieran.
- Impartir capacitaciones en los aspectos de alimentación y nutrición a personal multidisciplinario de ONG'S y otros sectores.

- Participar en la elaboración y validación de material educativo.
- Participar en investigaciones operativas en el campo de la alimentación y nutrición.

5.7 Área de Odontología.

- Coordinar, supervisar y asesorar técnicamente y administrativamente el desarrollo del programa de atención odontológica.
- Revisar y analizar los datos estadísticos generados por el establecimiento.
- Verificar la existencia de insumos y efectuar las requisiciones respectivas.
- Fomentar, prevenir, curar, rehabilitar, y mantener la salud bucal de los usuarios de la comunidad.
- Realizar tratamiento de salud bucal en relación con nivel del establecimiento y referir otros casos a otros niveles.
- Colaborar en el desarrollo de otros programas que realiza el establecimiento de salud.

5.8 Área de Atención al Medio Ambiente.

- Inspeccionar, promover, organizar y capacitar en las áreas de atención al medio ambiente a nivel comunal.
- Conocer y ejecutar correctamente las normas y procedimientos de trabajo.

- Elaborar el diagnóstico situacional de Saneamiento de la comunidad.
- Elaborar y actualizar el tarjetero activo y fichas de las viviendas y establecimientos.
- Formular y ejecutar proyectos y campañas de saneamiento ambiental.
- Promover y coordinar con instituciones de servicio público para la solución de problemas sanitarios.

5.9 CEPASP (Centro de Atención Polivalente)

- Realizar experiencias demostrativas en el área de Salud Mental y de rehabilitación, a fin de verificar las acciones de atención psico-social comunitaria para que puedan insertarse en el marco de la Política Nacional de Salud.
- Apoyar la descentralización de los servicios de Salud Mental y de Rehabilitación.
- Aumentar la cobertura de atención en las áreas de Salud Mental y de Rehabilitación.
- Favorecer la integración de las intervenciones de Salud Mental y de Rehabilitación con las de Atención Primaria en Salud y con las del sector educación.
- Promover la coordinación con Universidades y demás instituciones que realizan actividades afines, con el objetivo de favorecer la formación de profesionales con experiencia en trabajo comunitario.

- Optimizar los recursos existentes de todas las instituciones involucradas.

6. OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN.

Los objetivos que persigue la dirección, en la Unidad de Salud de San Marcos, son los siguientes:

- Qué el 100% de los usuarios del servicio sean atendidos con calidad y calidez, de acuerdo a criterios técnicos y gerenciales.
- Qué el 100% de los trabajadores del establecimiento estén altamente motivados en sus labores diarias.
- Brindar los servicios de salud con la tecnología apropiada y de acuerdo a su nivel de complejidad, con criterios de excelencia.

De acuerdo con el planteamiento de los objetivos, las actividades que se ejecutan para alcanzar dichos objetivos son múltiples, debido a que existe un involucramiento y participación de las diferentes áreas operativas y administrativas del establecimiento a la vez que su ejecución involucra la coordinación con otras dependencias dentro de la estructura organizativa del Ministerio de Salud.

7.SERVICIOS QUE OFRECEN A LOS USUARIOS.

7.1. Consulta Externa

- Medicina General
- Pediatría
- Ginecología
- Medicina Interna
- Endocrinología

7.2. Consulta de Emergencia

- Pequeña Cirugía
- Terapia Respiratoria
- Urgencias Médicas

7.3. Consulta Odontológica.

- Exodoncias
- Obturaciones
- Detatrajes
- Radiologías

7.4. Área de Farmacia.

- Recepción y Dispensación de recetas provenientes de la consulta médica y odontológica.
- Llenado de instrumentos técnicos y administrativos
- Análisis de consumos promedios y de existencias físicas de suministros médicos.

7.5. Área de Laboratorio.

- Recepción y toma de muestras

➤ Análisis y resultados de muestras

7.6. Atención en Salud Mental

➤ Consulta psicológica y psiquiátrica

➤ Sesiones de fisioterapia

➤ Consulta Nutricional

8. PROGRAMAS QUE BRINDA LA UNIDAD DE SALUD.

➤ Atención al Niño.

➤ Atención Materna.

➤ Programa Ampliado de Inmunizaciones.

➤ Planificación Familiar.

➤ Atención Nutricional.

➤ Control de Vectores.

➤ Saneamiento Ambiental.

➤ Educación para la Salud.

➤ Promotores(as) de Salud

➤ Tuberculosis.

➤ Salud Bucal.

➤ Beneficiarios con Dosis de Micronutrientes.

➤ Promoción del Crecimiento y Desarrollo a Nivel Comunitario.

➤ Escuela Saludable.

9.COMONENTES DEL SISTEMA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

9.1 Entradas

- Insumos
- Recursos Humanos
- Recursos Financieros
- Recursos Tecnológicos
- Infraestructura
- Plan Estratégico
- Políticas internas
- Normas y Procedimientos
- Usuarios
- Sistemas de Información Gerencial (SIG)

9.2 Salidas

1. Pacientes vistos en consulta general y especializada:

- Pacientes curados
- Pacientes complicados
- Pacientes referidos

2. Información Estadística:

- Informe Mensual
- Reporte Epidemiológico semanal
- Sistema de Información Gerencial

➤ Morbilidad

➤ Mortalidad.

3. Desechos sólidos peligrosos

4. Inspecciones Sanitarias

5. Visitas Domiciliares por Equipo Interdisciplinario.

9.3 Sensor

1. Departamental de Salud (Supervisión)

2. Dirección del Establecimiento

3. Comité Técnico

4. Staff Médico

5. Comunidad (buzón de sugerencias, reuniones, etc.)

9.4 Procesos de retroalimentación.

1. Informes Estadísticos

2. Informes Financieros

3. Citas Médicas

4. Expedientes Clínicos

5. Capacitación de Recursos Humanos

6. Monitoreo y Evaluación de Planes Operativos.

Ver el esquema del sistema² de la Unidad de Salud de San Marcos, identificando los elementos del procesador, entradas, salidas, censor y retroalimentación.

En el esquema, también se puede identificar el ambiente en el cual se encuentra inmersa la Unidad de Salud.

² Ver el Anexo 2 El Esquema.

B. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL (SIBASI)

1. CONCEPTO.

El Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), es la estructura básica operativa del Sistema Nacional de Salud, fundamentada en la Atención Primaria de Salud, que mediante la provisión de servicios integrales y articulados de salud del Primer y Segundo Nivel de Atención, la participación ciudadana consciente y efectiva, y la corresponsabilidad de otros sectores, contribuye a mejorar el nivel de salud de una población definida.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS CONCEPTUALES.

Se considera al SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral), como la **estructura básica** porque reúne en el contexto local los elementos que plantea el Sistema Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Es **operativa**, porque desarrolla un Modelo de Atención Integral en Salud, por medio de una red de proveedores articulados armoniosamente; complementando los esfuerzos y evitando la duplicación de acciones entre éstos, haciendo un uso eficaz y eficiente de los recursos, facilitando el seguimiento de las actividades y evaluando los logros en términos del impacto sobre la salud de la población bajo su responsabilidad.

Es un modelo de **Gestión Descentralizada**, porque se le han transferido las funciones gerenciales para el ejercicio de la

planificación, provisión de servicios y toma de decisiones relacionadas con sus recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos de acuerdo a sus propias iniciativas y requerimientos.

El SIBASI se fundamenta en la **Atención Primaria de Salud**, porque pone al alcance de los individuos, familias y comunidades el modelo de Atención Integral en Salud.

El SIBASI, cuenta con un **Área Geográfica y una Población delimitadas sistemáticamente**, de manera que garantiza la distribución equitativa de los recursos y el uso eficiente de los mismos para la atención permanente y eficaz de las necesidades en salud de la población, propias de su contexto.

Para que el SIBASI desarrolle sus potencialidades deberá mantener la coordinación y concretizar la corresponsabilidad con todas las fuerzas sociales y económicas, a fin de lograr el bienestar colectivo.

C. FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y CALIDAD EN EL SERVICIO.

1. CALIDAD

1.1 Definición de Calidad.

Las normas **ISO-9000** interpretan la calidad como: "la integración de las características que determinan en que grado un producto o servicio satisface las necesidades de sus consumidores"³

Normas ISO

Según diferentes autores, en 1946, y otros en 1947, se funda en Londres Inglaterra, la International Organization for Standardization (Organización Internacional para Normalización) llamada por costumbre por sus siglas ISO. Se trata de una federación universal fundada para promover el desarrollo de las normas internacionales y actividades relacionadas que incluye la valoración de conformidad para facilitar el intercambio de bienes y servicios a nivel mundial. La ISO esta constituida por cuerpos miembros de mas de 90 países.

El 15 de marzo de 1987, el ISO TC/176 publica oficialmente la serie ISO 9000 que abarca su primera edición:

- **ISO 9000: 1987;** Normas de Administración de la Calidad y Aseguramiento de Calidad. Lineamientos para selección y uso.

³ Cantú Delgado, Humberto, Desarrollo de una Cultura de Calidad, Editorial McGrawHill, Segunda Edición, México 2001.

- **ISO 9001: 1987;** Sistemas de Calidad - Modelo para Aseguramiento de Calidad en diseño / desarrollo, producción, instalación y servicio.
- **ISO 9002: 1987;** Sistemas de Calidad - Modelo de Aseguramiento de Calidad en producción e instalación.
- **ISO 9003: 1987;** Sistemas de Calidad - Modelo de Aseguramiento de Calidad en inspección y prueba.
- **ISO 9004: 1987;** Administración de la Calidad, Elementos del Sistema de Calidad - Lineamientos.

Para los patriarcas de la calidad, "Calidad" es:

"Calidad es cero defectos" (Crosby)

"Calidad es no tener deficiencias" (Juran)

"Calidad es ajustarse a los requerimientos" (Crosby)

"Calidad es hacer lo que se debe hacer y bien" (Ishikawa)

El concepto de calidad incluye:

- ➡ Logro de metas o estándares predeterminados.
- ➡ Incluir los requerimientos del cliente en la determinación de las metas.
- ➡ Considerar la disponibilidad de recursos en la fijación de metas.
- ➡ Reconocer que siempre hay aspectos que mejorar.

1.2 Calidad en Salud

1.2.1 Definición

La calidad en la salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios" (Dr. Abedis Donabedian")⁴

En la calidad en la salud, se hablan de dos dimensiones⁵:

- **Dimensión técnica:** que se refiere a la aplicación del conocimiento médico y de las disciplinas relacionadas, para resolver los problemas de salud de los pacientes.
- **La dimensión interpersonal:** que es la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención.

1.2.2 Categorías o Enfoques de la Calidad en la Salud.

Donabedian, propone que el eje de atención de las políticas de calidad de los servicios de salud se centren en tres categorías o enfoques:

- **Estructura:** son todos los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención.

⁴ Construyendo la Calidad en los Servicios de Salud Reproductiva Criterios, Procesos e Indicadores, OPS , Grupo de Trabajo Género y Calidad de Atención en los Servicios de Salud Reproductiva San Salvador, mayo, 1995.

⁵ Programa Taller del Modelo de Optimización de Servicios y la Cultura de la Calidad, Folleto de Capacitación del Hospital Zacamil. San Salvador, Año 2004

➤ **Proceso:** Se refiere al trabajo propiamente dicho, contacto entre el profesional y el paciente.

➤ **Resultado:** Es el producto de la atención, es el cambio en la salud de los pacientes, como una clara consecuencia de la atención que se le brinda.

1.3 Importancia de la Calidad.

La calidad, es importante porque ofrece una mayor satisfacción a los clientes; que deben ser para la empresa las personas más importantes, debido a que la calidad, enseña a conocer sus necesidades, la forma en que se les está satisfaciendo, y la manera de cómo mejorar dicha forma de satisfacerlos.

Otra razón de importancia, es que, concede una mayor efectividad organizacional, esto se refleja en la integración efectiva de los grupos de trabajo, en una mejor comunicación y una mayor participación del trabajador.

1.4 Administración de la calidad, bases teóricas y metodológicas del modelo de calidad total.

1.4.1 W. EDWARD DEMING⁶

A) Fundamentación Teórica

La calidad provoca una reacción en cadena. En un proceso por conseguir la calidad, entran en juego los siguientes factores críticos:

⁶ Martínez Tamariz, Raúl, Manual de Implantación de un Proceso de Mejoramiento de la Calidad, Panorama Editorial. México 1997.

Clientes.

- Comprender sus necesidades actuales y futuras.
- Satisfacer tales necesidades.
- Lograr el reconocimiento del usuario como un proveedor innovador, de alta calidad y bajo costo.
- Forjar relaciones de largo plazo con ellos.

Personal.

- Trabajo en equipo.
- Prevención, no corrección de defectos.
- Capacitación como proceso continuo.
- Motivación a participar en el mejoramiento incesante del proceso.
- Responsabilidad y autoridad desplegadas lo más cerca posible del nivel donde se realiza el trabajo.
- Iniciativa, innovación y toma de riesgos necesarios para el desarrollo.
- Comunicación libre y abierta de ideas y opiniones.

Inversionistas.

- Mejorar incesantemente la calidad y la posición competitiva.

Proveedores.

- Integrarlos a la organización.
- Involucrarlos con el compromiso del mejoramiento incesante.
- Establecer con ellos vínculos a largo plazo.
- Sostener con ellos relaciones que se basen en la confianza.
- Exigir de ellos evidencias estadísticas de calidad.

La Comunidad.

Trato justo, ético y profesional con todos los integrantes de la comunidad.

- Influencia positiva sobre la comunidad.
- Cumplimiento de todas las leyes y reglamentos relacionados con el negocio.
- Difusión amplia de las operaciones entre la colectividad.

B) Metodología para implantar la calidad

Deming, afirma que no es suficiente tan sólo resolver problemas, grandes o pequeños. La misión del organismo es mejorar continuamente la calidad de los productos o servicios a fin de satisfacer las necesidades de los clientes.

Esto se logra generando un ambiente de integración y cooperación con los que estén involucrados.

El esfuerzo anterior debe ser encabezado por la administración

superior. Para facilitar el logro de tal meta de mejoramiento, Deming ha propuesto a los directivos de diversas organizaciones un sistema constituido por **catorce puntos**⁷.

1.4.2 JOSEPH M. JURAN⁸

A) Fundamentación Teórica

- Siempre existe una relación en cadena **Entrada - Salida**. En cualquier etapa de un proceso, **la salida** (producto) se convierte en la **entrada** (insumo) de una siguiente etapa.
- Cualquier actividad juega un triple papel de:
Proveedor - Procesador - Cliente
- La gestión de CALIDAD se realiza por medio de una trilogía:
 - Planeación de la calidad (desarrollo de productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes).
 - Control de calidad.
 - Mejora de la calidad.
- Se requiere del establecimiento de unidades comunes de medida para evaluar la calidad.
- Se necesita establecer medios ("sensores") para evaluar la calidad en función de esas unidades de medida.

⁷ Ver Anexo 3, los 14 puntos de Deming .

⁸ Martínez Tamariz, Raúl. Opus Cit. Pag. 18

B) Metodología para implantar la calidad

Juran habla de la "Gestión de la Calidad para Toda la Empresa" (GCTE). Esta se define como un enfoque sistemático para establecer y cumplir los objetivos de calidad por toda la empresa.

Las etapas que Juran propone son las siguientes:

1. Crear un comité de calidad.
2. Formular políticas de calidad.
3. Establecer objetivos estratégicos de calidad para satisfacer las necesidades de los clientes.
4. Planificar para cumplir los objetivos.
5. Proveer los recursos necesarios.
6. Establecer controles para evaluar el comportamiento respecto de los objetivos.
7. Establecer auditorias de calidad.
8. Desarrollar un paquete normalizado de informes.

1.4.3 KAORU ISHIKAWA⁹

A) Fundamentación Teórica

El Control Total de la Calidad se logra cuando se consigue una completa revolución conceptual en toda la organización. Esta revolución se expresa en las categorías siguientes:

⁹Martínez Tamariz, Raúl. Opus Cit. Pag. 19

1. Lo primero es la calidad; no las utilidades a corto plazo.
 2. La orientación es hacia el consumidor; no hacia el productor.
Pensar desde el punto de vista de los demás.
 3. El siguiente paso en el proceso es su cliente: hay que derribar las barreras del seccionalismo.
 4. Utilización de datos y números en las presentaciones: empleo de métodos estadísticos.
 5. Respeto a la humanidad como filosofía administrativa:
administración totalmente participante.
 6. Administración ínter funcional; trabajo en equipo entre los diferentes departamentos o funciones.
- El círculo de calidad es un grupo pequeño que desarrolla actividades de control de calidad voluntariamente, dentro de un mismo lugar de trabajo.
 - Los círculos de calidad constituyen una manera de involucrar al personal de la organización en el Control de Total de la Calidad.
 - El control de calidad requiere de la utilización de métodos estadísticos.

Estos son de tres categorías: elemental, intermedia y avanzada.

El método estadístico elemental es el indispensable para el control de calidad, y es el usado por todo el personal de la organización, desde los directores hasta el personal operativo.

B) Metodología para implantar la calidad. El Dr. Ishikawa organiza el proceder de la organización para conseguir el control de la calidad adoptando el ciclo de Deming que posee las siguientes fases:

Planear:

1. Definir metas y objetivos.
2. Determinar métodos para alcanzarlos.

Hacer:

3. Proporcionar educación y capacitación.
4. Realizar el trabajo.

Verificar:

5. Constatar los efectos de la realización.

Actuar:

6. Empezar las acciones apropiadas.

Dada la importancia de los criterios de calidad dentro de la metodología promovida por el Dr. Ishikawa, aquí se incluyen los pasos que él recomienda para estos equipos:

1. Escoger un tema (fijar metas).
2. Aclarar las razones por las cuales se elige dicho tema.
3. Evaluar la situación actual.
4. Analizar (investigar las causas).
5. Establecer medidas correctivas y ponerlas en acción.
6. Evaluar los resultados.
7. Estandarizar y prevenir los errores y su repetición.

8. Repasar y reflexionar, considerar los problemas restantes.

9. Planear para el futuro.

1.4.4 PHILIP CROSBY¹⁰

A) Fundamentación Teórica

Todo trabajo es un proceso. Este concepto implica que cada trabajo o tarea debe ser considerada no como algo aislado; sino como parte de una cadena interrelacionada en la que se va multiplicando la siguiente trilogía:

- **Proveedor e insumos que él proporciona.**
- **Proceso realizado a través de trabajo de cada persona.**
- **Clientes o usuarios que reciben el producto o servicio.**

Para que se dé la calidad se requiere que en los insumos, en el trabajo y en los servicios o productos se cumplan los requisitos establecidos para garantizar un correcto funcionamiento en todo. La calidad, definida como **"cumplir los requisitos"**, es uno de los principios propuestos por Crosby.

Otro principio establece que **"el sistema de la calidad es la prevención, y no la corrección"**.

- Crosby defiende que: **"El estándar de la realización es cero defectos"**.

- El último principio es: **"La medida de la calidad es el precio del incumplimiento"**.

¹⁰ Martínez Tamariz, Raúl. Opus Cit. Pag. 23

B) Metodología para implantar la calidad

Philip Crosby, tiene muy bien definidos los pasos que deben seguirse para que en una organización se implante el Proceso para el Mejoramiento de la Calidad (PMC).

1. Compromiso de la dirección.
2. Equipo para el mejoramiento de la calidad.
3. Medición.
4. Costo de la calidad.
5. Conciencia sobre la calidad.
6. Acción correctiva.
7. Planeación del día de cero defectos.
8. Educación al personal.
9. Fijación de metas.
10. Eliminación de las causas de error.
11. Reconocimiento.
12. Consejos de calidad.
13. Repetición de todo el proceso.

2. PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

2.1 Definición.

Según *Raúl Martínez Tamariz*, es un conjunto de etapas y actividades complementarias entre sí, que conforman para todos los integrantes de la organización, un entorno propicio para el

mejoramiento de la calidad de sus procesos, de sus productos y servicios.¹¹

2.2 Objetivos del Proceso de Mejoramiento de la Calidad

- Implantar una estrategia de dirección que unifique y oriente los esfuerzos hacia la calidad.
- Diseñar y establecer una estructura que garantice la administración y permanencia del propósito.
- Fortalecer la cultura organizacional a través de un cambio educativo hacía la calidad.
- Enfocar a toda la organización hacia los clientes; buscando satisfacer sus necesidades y expectativas.
- Establecer sistemas para medir el cumplimiento de los requisitos de calidad.
- Implantar procesos de análisis y prevención de problemas.
- Establecer sistemas de seguimiento, comunicación y reconocimiento a los resultados de CALIDAD.

2.3 Beneficios que Ofrece el Proceso de Mejoramiento de la Calidad

No obstante, que un proceso de mejoramiento es un plan a largo plazo, implantarlo significa que se obtienen mejoras desde el primer momento; ya que se traduce en una mejora continua en todo

¹¹ Martínez Tamariz, Raúl, Opus Cit. Pag.13

el quehacer organizacional. Los beneficios que pueden esperarse son:

2.3.1 CUANTITATIVOS:

- Elevación de los niveles de satisfacción de los clientes.
- Aumento en la participación del mercado.
- Disminución de costos de incumplimiento de la calidad.
- Optimización de los procesos de trabajo.
- Incremento de la productividad.
- Incremento de utilidades.

2.3.2 CUALITATIVOS:

- Desempeño superior en el Liderazgo.
- Mayor compromiso de todos por la calidad.
- Mayor comunicación.
- Mayor integración al trabajo de equipo.
- Mayor participación del personal.
- Mejor clima laboral.

3. FASES EN IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

3.1 Definición.

El establecimiento de un sistema de aseguramiento de la calidad consiste, en la implantación de un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar a los clientes la confianza de que un producto o servicio satisface determinados requisitos de calidad.¹²

3.2 Fases de la Implantación de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad.

El desarrollo de un proyecto de implantación de AC debe incluir las siguientes fases¹³:

3.2.1 Diagnóstico. Es la que inicia el proceso, e implica el análisis profundo de la situación de la empresa en todas sus áreas. El diagnóstico se realiza sobre las diferentes actividades y procesos de trabajo, los recursos disponibles, la documentación existente, y los resultados y su posible evolución.

3.2.2 Planificación. A partir de la información obtenida en la fase anterior la dirección debe coordinar la elaboración de un plan de implantación del sistema de calidad, que incluye la

¹² Moreno Luzón, María D, Gestión de la Calidad y Diseño de Organizaciones, Teoría y estudio de casos, Editorial Prentice Hall , Madrid 2001.

¹³ Las fases son de acuerdo a la Norma (ISO 9001: 2000)

elaboración de un plan de acciones concretas, el establecimiento de un calendario de actividades y una provisión de los recursos humanos y financieros que serán necesarios.

3.2.3 Documentación del sistema de calidad. El principal documento que se va a elaborar como constatación escrita del sistema AC es el manual de calidad, cuyo objeto fundamental es describir adecuadamente el sistema de gestión, sirviendo de referencia permanente durante la aplicación y mantenimiento del sistema.

3.2.4 Implantación o puesta en práctica del sistema. La puesta en práctica del sistema se puede realizar básicamente de dos modos. Uno, gradual, en el que se van asegurando procesos a medida que se van diseñando y documentado los procedimientos del sistema, empezando por las actividades más críticas para la consecución de los objetivos de calidad establecidos por la empresa. Y otro, que consiste en la puesta en práctica de las actividades de aseguramiento antes de su documentación definitiva, llevándose a cabo esta última una vez que se detecten las posibles deficiencias en el planteamiento inicial de ejecución sistematizada de las actividades.

3.2.5 Control y Mantenimiento del Sistema. El sistema, una vez establecido, debe ser revisado periódicamente para confirmar su buen funcionamiento, y si alcanza los objetivos propuestos o es necesario establecer modificaciones.

4. SERVICIO

4.1 Definición de servicio

"Es el conjunto de prestaciones que el cliente espera, además el producto o servicio básico, como consecuencia del precio, la imagen y la reputación del mismo. Actos que hacen sentir a los clientes que estamos trabajando por ellos".

El servicio al cliente es, entonces, un conjunto de estrategias que una empresa diseña y pone en práctica para satisfacer mejor que sus competidores, las necesidades y expectativas de sus clientes. En el servicio al cliente el desempeño es el producto, es lo que el cliente evalúa¹⁴.

4.2 Estrategia del servicio

En la actualidad, la estrategia del servicio enfoca la atención de los empleados de una organización hacia los beneficios o verdaderas prioridades del usuario. Así pues, se recalca en cada empleado la importancia de prestar servicio de alta calidad al usuario.

Una estrategia de servicio debe cumplir con los siguientes criterios:

1. El objetivo de una buena estrategia de servicio debe consistir en mantener a los clientes actuales y atraer a los potenciales.

¹⁴ Serie Mc Graw- Hill, Servicio al Cliente : " Calidad del Servicio" Tomo III, Colombia 1994.

2. Tiene que ser razonablemente concreta y orientada a la acción.
3. Debe ofrecer y tener relación con beneficios que sean importantes para el cliente.
4. En lo posible, deberá ser simple, unitaria, fácil de expresar y fácil de explicar al cliente.
5. El cliente debe ser el punto de partida de una estrategia de servicio¹⁵.

Es importante que una organización o empresa desarrolle estrategias orientadas al servicio, porque el servicio es el único generador de clientes leales, los clientes leales son aquellos que nos consideran como una opción válida cuando van a comprar, porque es una excelente defensa contra la competencia, mucho mejor que las promociones, mucho mejor que los precios bajos.

Los elementos que participan en una estrategia de servicio son: **el cliente, el soporte físico, el personal de contacto y el servicio mismo.** Todas estas estrategias, planes de acción y acciones que hemos denominado servicio al cliente, se conocen también como el **marketing de servicios** y según Barry y Parasuraman se define como: "El marketing eficiente de servicios

¹⁵ Albretch Karl / Zemke Rom " Gerencia del Servicio" 1ª Edición, Editorial Legis Editores, Colombia, 1998

es un fuerte concepto de servicios que se prestan bien, servicios deseados que se prestan de forma excelente".¹⁶

4.3 Cultura de servicio

Es el conjunto de valores, conductas y formas de comunicarse que son aceptados por todas las personas de la compañía.

También se define como las normas, valores, creencias e ideologías de la organización que están enfocadas clara y concientemente en el servicio al cliente.¹⁷

4.4 Necesidades básicas de los clientes

4.4.1. Necesidad de ser comprendido

Aquellos que eligen su servicio necesitan sentir que se están comunicando en forma efectiva. Esto significa que se interpreten en forma correcta los mensajes que envían. Las emociones o barreras del lenguaje pueden interponerse e impedir una buena comprensión.

4.4.2. Necesidad de ser bien recibido

Ninguna persona que este tratando con usted y se siente como una extraña regresará. La gente necesita sentir que usted se alegra de verla y que su asunto es importante para usted.

¹⁶ <http://www.monografías.com/trabajos14/servic-cliente.shtm>

¹⁷ Serie Mc Graw-Hill Servicio al Cliente "La Satisfacción total del Cliente" tomo 4, Colombia 1994 Pág. 1

4.4.3. Necesidad de sentirse importante

El ego y la autoestima son poderosas necesidades humanas. A todos nos gusta sentirnos importantes. Cualquier cosa que usted haga para hacer que el invitado se sienta especial será un paso en la dirección correcta.

4.4.4. Necesidad de Comodidad

Los clientes necesitan comodidad física; un lugar donde esperar, descansar, hablar o hacer negocios. También necesitan comodidad psicológica; la seguridad de que se les atenderá en la forma adecuada y la confianza en que usted satisfará sus necesidades.¹⁸

4.5 Sistema de servicio

"Es todo el mecanismo físico y procedimental que tiene a su disposición la gente que presta ese servicio para satisfacer las necesidades del cliente".¹⁹

Los sistemas de calidad son de gran importancia porque muestran las relaciones que existen entre todas las actividades de la empresa. Cuando se diseña un sistema de servicio eficiente vuelve realidad las prioridades del servicio y facilita el trabajo.

En el servicio al cliente participan varios elementos a saber:

¹⁸ Martin, William B. "Calidad en el Servicio al Cliente" Editorial Iberoamérica, Mexico 1992. Pag. 37

¹⁹ Albretch Karl / Zemke Rom "Gerencia del Servicio" 1ª Edición, Editorial Legis Editores, Colombia, 1988

- ⊕ **El cliente**, es el consumidor objetivo del servicio. Es el elemento primordial, si no hay cliente no hay servicio, y debemos indicar que su presencia es absolutamente indispensable.
- ⊕ **El personal de contacto o sea el personal del almacén o negocio**, El personal de contacto es quien se enfrenta a las diferentes situaciones con el cliente que se conocen como **los momentos de verdad**.
- ⊕ **El soporte físico**, se refiere al soporte material necesario para la prestación del servicio. De este soporte físico se sirven, el personal de contacto, el cliente y ambos a la vez.
- ⊕ **El servicio mismo**, que depende de la estrategia y plan de acción trazados y el personal de contacto.²⁰

4.6 Gerencia del servicio

"Es un enfoque total de la organización que hace de la calidad del servicio, cuando lo recibe el cliente, la fuerza motriz número uno para la operación de un negocio"²¹

La gerencia del servicio constituye un instrumento útil y cómodo para la filosofía de la gerencia que debe descansar en la excelencia del servicio. La mayoría de empresas dedicadas a ofrecer servicios deberán tener alguna persona o departamento cuya misión sea manejar los problemas del cliente.

²⁰<http://www.monografias.com/trabajos14/servic-cliente.shtm>

²¹ Albretch Karl, "La Revolución del Servicio" 1ª Edición, Editorial Elegis, Colombia, 1990 Pág. 19

4.6.1 Momentos de verdad

"El momento de verdad es una situación en la que el cliente se pone en contacto con cualquier aspecto de la organización y obtiene una impresión sobre la calidad del servicio"

(Karl Albrecht, 1990)

Es el preciso instante en que el cliente se pone en contacto con la empresa y sobre la base de ese contacto se forma una opinión acerca de la calidad del servicio; en un día pueden suceder innumerables momentos de verdad.

Los momentos de verdad generalmente ocurren en una secuencia lógica y medible, ya que permite identificar aquellos momentos exactos por los cuales es responsable la organización. La mejor forma de hacerlo es crear un ciclo de servicio.

4.6.2 Ciclo del servicio

Un ciclo de servicio es la cadena continua de acontecimientos que debe atravesar un cliente cuando experimenta un determinado servicio. Constituye un mapa de momentos de verdad. Para hacerlo se traza un círculo que servirá como marco de referencia y luego se procede a hacer la lista de los diferentes momentos de verdad con los que se encuentra un cliente a medida que los experimenta. Estos momentos se deben enumerar en orden de sucesión acostumbrado, teniendo siempre el cuidado de verlos desde el punto de vista del cliente. El hecho de sugerir que se haga la lista como circunferencia sobre el círculo es para hacer notar ante los empleados, cómo cada aspecto de la experiencia del cliente esta relacionada con cada otro aspecto.

4.6.3 Momentos Críticos de Verdad

Una vez creados los ciclos de servicio para las operaciones principales de la institución, se está en condiciones de detectar aquellos momentos de verdad que si no se manejan con cautela, seguridad y eficiencia, pueden provocar el descontento del cliente y su posible pérdida. Los gerentes deben elegir cuidadosamente aquellos aspectos de la operación que tienen impacto potencial más alto positivo o negativo sobre la satisfacción del cliente.

4.6.4 Triangulo del Servicio²²

El servicio se ve corrientemente en una forma plana, en la cual la relación se produce entre *el cliente y el personal de línea frontal*, entendiéndose por este último las personas que prestan el servicio en relación directa e inmediata con el cliente.

Para Jan Carlson, el servicio es algo más complejo y para ello desarrolló un concepto en el cual intervienen los elementos que interactúan en un proceso de servicio. Para describirlo ideó el triangulo del servicio.

Lo particular de este concepto es concebir el servicio como un todo, que se encadena y que actúa alrededor del cliente, manteniendo relaciones simbióticas entre los diversos elementos del llamado triángulo del servicio: **la estrategia del servicio, el personal y los sistemas.**

²²<http://www.mercadeoonline.com/triangulodelservicio.htm>



Figura No. 1

Fuente: Página web: www.mercadeoonline.com

Resulta evidente que si no existe una Estrategia del Servicio, diseñada para cada empresa en particular, y atendiendo las necesidades concretas de los clientes de la misma, es muy difícil que el todo funcione. Las empresas son muy diferentes en su naturaleza y al igual que los humanos que la componen son peculiares. No pueden existir fórmulas generalizadas, aplicables a todos por igual.

Una estrategia debe considerar objetivos y metas concretas para el servicio de cada organización, y definir la logística para dar soporte al personal y los sistemas que dan el servicio al cliente.

Por "**Sistemas**" en este caso se entienden todos los elementos no-humanos que interactúan con el cliente, tales como sistemas de comunicación, sistemas informáticos, máquinas vendedoras automáticas, sistemas de audio o video, ascensores, escaleras mecánicas y otros muchos.

El "**Personal**", esto es las personas que tradicionalmente han prestado el servicio, están teniendo una labor periférica y oficial, dependiendo de los "sistemas" para sus labores.

4.7 Reglas para un servicio de excelencia

- ✓ El cliente es la persona mas importante
- ✓ El cliente no depende de la empresa, sino la empresa depende de éste
- ✓ El cliente no interrumpe el trabajo, sino que es el propósito del trabajo
- ✓ El cliente nos hace un favor al visitar la empresa, o al llamar para hacer una transacción de negocios
- ✓ El cliente es una parte de la empresa
- ✓ El cliente es una persona con sentimientos y emociones, igual que los empleados; estos deben tratar al cliente mejor de lo que desearían que se les tratara a ellos
- ✓ El cliente no es alguien con quien discutir o para ganarle con astucia
- ✓ El trabajo del empleado es satisfacer las expectativas de los clientes y siempre que sea posible eliminar los temores y resolver sus quejas
- ✓ El cliente merece ser tratado con la mayor atención, cortesía y profesionalismo que se le pueda brindar
- ✓ El cliente es la parte vital de la empresa, sin ellos no se tendrían actividades en la organización.

5. CALIDAD EN EL SERVICIO.

5.1 Definición.

La calidad en el servicio es el conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o servicio adquirido. Esto se logra provocando un impacto fundamental en la experiencia del consumidor lo que permite elevar su grado de satisfacción.

5.2 Importancia de la calidad en los servicios

Unas de las razones por lo que la calidad en el servicio es importante son las siguientes:

1. Desarrollo en la industria de los servicios.
2. Mayor competencia.
3. Más conocimiento sobre los consumidores.
4. La calidad en el servicio al cliente beneficia económicamente.

5.3 Fases de la calidad en el servicio.

FASE UNO. Transmitir una actitud positiva.

Consiste en reflejar una actitud positiva, esto es cuando se logra que el empleado que está en contacto con el cliente o usuario disfrute de su trabajo permitiendo que sus acciones y palabras transmitan esta alegría a sus clientes, supervisores y compañeros.

FASE DOS. Identificar las necesidades de los clientes o invitados.

La mejor forma de identificar las necesidades de los clientes es tratar de ponerse en su lugar, observar las cosas desde su punto de vista, ponerse en sus zapatos.

FASE TRES. Ocuparse de las necesidades de los invitados o clientes.

La organización puede ocuparse de las necesidades de los clientes, llevando a cabo todas las tareas y deberes de su trabajo o servicio que presta, así como realizando tareas importantes de respaldo o apoyo, lo que significa tratar en forma especial a los clientes llevando tanta energía del trabajo.

FASE CUATRO. Asegurarse de que sus clientes y/o invitados regresen.

El propósito de todos los negocios de servicios es lograr un cliente fiel y a la vez que éste atraiga otros clientes potenciales. La forma de lograr es efectuando las siguientes actividades:

1° Trabajando para atender las quejas de los clientes.

2° Aprendiendo a poner de su parte los clientes difíciles

3° Entendiendo por que algunos clientes son mas difíciles que otros.

4° Dando ese paso extra para dar calidad en el servicio al cliente.

5.4 Definición de programa de calidad en el servicio.

El programa de calidad esta diseñado para lograr una mejora continua de los procesos de una empresa.

Los programas de calidad están definidos como: "un proceso sistemático de aplicaciones prácticas y objetivas para alcanzar la calidad, incluye la coordinación de recursos y el logro de objetivos, a través de enfoques de excelencia como son : cero defectos, prevención, educación y costos de calidad."²³

5.5 Componentes de un programa de calidad en empresas de servicios

En general los programas de calidad total en empresas de servicios deben incluir los siguientes componentes:

- Involucramiento y liderazgo de la alta administración
- Plan estratégico de servicio
- Procedimientos para comprender las necesidades y expectativas del cliente bajo un enfoque de valor, que permita el diseño de producto o servicio que satisfaga al consumidor.

²³ Gómez Ayala, Mario "La Auditoria de Calidad en la Empresa Moderna" Panorama Editorial, S.A de C.V. Primera Edición 1998 México.

- Infraestructura de servicio para respaldo y atención al cliente, como garantías de servicio, que promuevan su credibilidad y confianza.
- Sistemas de medición del grado de satisfacción del cliente, basados en encuestas periódicas, así como en la documentación de experiencias (buenas y malas) en la relación y trato al cliente.
- Sistemas de evaluación de los costos asociados (directos e indirectos) a la calidad en el servicio.
- Sistemas de mejoramiento de la calidad en el servicio que se basen en el conocimiento de las causas de error y su relación con la actitud y el comportamiento del personal asignado para trato directo con clientes.

El mejoramiento de la calidad en el servicio se basa en el hecho de que ésta se puede observar y medir; su objetivo es exceder las expectativas del cliente a través de un enfoque positivo hacia la calidad, que haga tender las quejas por mal servicio a cero. Para ello es conveniente aprovechar el conocimiento del personal de servicio, el cual percibe directamente las inquietudes del cliente, a la vez que su satisfacción en el trabajo incide fuertemente en sus actitudes y comportamiento.

CAPITULO II

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

A. IMPORTANCIA.

La atención de salud en el primer nivel, es de carácter preventivo, con el propósito de evitar complicaciones de gravedad para los pacientes, y prevenir que sean referidos a un hospital de tercer nivel.

Considerando que las unidades de salud son el recurso más inmediato para los habitantes de una zona; que generalmente es población de bajos recursos, y por otra parte el derecho constitucional al goce de este servicio, entonces la consulta debe satisfacer las expectativas de los pacientes, es decir un servicio de calidad, eficiente y ágil.

B. OBJETIVOS.

1. OBJETIVO GENERAL.

Realizar un diagnóstico, que permita obtener información del estado actual de la unidad de salud de San Marcos, con relación a la calidad en prestación de servicios de salud que se ofrecen a los usuarios.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 2.1 Conocer las opiniones de usuarios y empleados de la institución en lo relacionado con los servicios que prestan en la institución y su nivel de calidad actual.
- 2.2 Evaluar los procesos que se realizan en el área de consulta externa para identificar las principales deficiencias y proponer mejoras que puedan implementarse en la Unidad de Salud.
- 2.3 Identificar las necesidades de capacitación que requiere el personal médico y administrativo, para establecer un plan de capacitación, adecuado a los diferentes puestos y necesidades de la institución para introducir mejoras en el servicio, que ofrecen a los usuarios.

C. MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN

1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

Se hizo uso del **método científico**, específicamente del método de **análisis y síntesis**, ya que se analizó cada fase del proceso de consulta, estudiando cada una de las partes, y después uniendo cada fase del proceso, tomando en cuenta cada uno de los aspectos que contribuirán a mejorar aquellos elementos que afectan la prestación de un servicio de calidad. El método de análisis permite descomponer el todo en sus partes y el método

de síntesis relacionar dichos elementos o componentes del problema para crear una explicación a partir de su estudio.

2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Debido a la naturaleza de esta investigación, se utilizaron diferentes tipos de estudio tales como: el descriptivo, el de correlación múltiple que a continuación se explican:

- El **descriptivo**, porque permite obtener información respecto al servicio que se ofrece a los usuarios de la unidad de salud.
- El de **correlación múltiple**, ya que describe relaciones entre las diferentes variables identificadas en la investigación, tales como: calidad y servicio.

3. DETERMINACIÓN Y TAMAÑO DE UNIVERSO Y MUESTRA.

3.1 UNIVERSO.

La investigación se enfoca en dos universos, definidos de la siguiente manera:

- El primer universo, compuesto por el total de usuarios de la consulta externa, el cual, en promedio diario son 300 pacientes que visitan el establecimiento (según datos proporcionados por el Director de la Unidad de Salud)
- El segundo universo, esta constituido por los empleados de la Unidad de Salud que están relacionados con el proceso de la consulta externa, que suman 67. Se han excluido aquellos que no están involucrados directamente con este proceso ya que no

podrían contestar con objetividad, pues desconocen información relevante para este efecto.

**EMPLEADOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS, POR CADA PUESTO
DE TRABAJO**

NOMBRE DEL PUESTO	NÚMERO DE EMPLEADOS
MÉDICO GINECÓLOGO	2
MÉDICO SERVICIO SOCIAL	3
ODONTÓLOGO	8
MÉDICO CONSULTANTE	9
MÉDICO ESPECIALISTA	2
MÉDICO PEDIATRA	2
ENFERMERA	8
ENFERMERA COMUNITARIA	4
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	5
AUXILIAR DE LABORATORIO	2
ASISTENTE DENTAL	1
SECRETARIA	4
ENFERMERA DE AÑO SOCIAL	4
ORDENANZA	4
ODONTÓLOGO SERVICIO SOCIAL	3
PROFESIONAL DE LABORATORIO	3
ENCARGADA DE FARMACIA	1
VIGILANTE	1
AUXILIAR DE FARMACIA	1
TOTAL	67

3.2 MUESTRA.

3.2.1. Determinación de la Muestra de Usuarios.

Según la información proporcionada por la Dirección de la Unidad de Salud, atienden en promedio 300 consultas diarias, para efecto de obtener una muestra suficientemente representativa y reducir el sesgo en la información, se estimó un número de

consultas promedio mensual, multiplicando 300 consultas diarias por 20 días hábiles del mes que dio como resultado 6,000 consultas mensuales.

La muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 \cdot PQ \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2(PQ)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Universo

e = Máximo error posible en la muestra

Q = Probabilidad de Fracaso

P = Probabilidad de Éxito

Z = Nivel de confianza

Sustituyendo y asignando datos para las variables:

N = 6000

e = 10% de error posible en la muestra

Z = 95% que equivale a 1.96

P y Q = Ambas del 50%

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50) (6000)}{(0.10)^2(6000-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{5762.4}{60.9504}$$

$$n = 94.54$$

$$n = 95 \text{ Usuarios.}$$

3.2.2. Determinación de la Muestra del Personal del Área de Consulta Externa.

A pesar de que el personal de la Unidad de Salud no es numeroso; por el limitado tiempo de la mayoría de ellos y la poca disposición que manifestaban algunos, optamos por definir una muestra de empleados y no censar a todos.

La muestra se ha determinado a partir del total de empleados que esta directamente relacionado con la atención a pacientes de consulta externa y se aplicó muestreo aleatorio estratificado, para establecer una sub - muestra proporcional a cada puesto de trabajo (Ver Anexo 4)

La muestra se determino por medio de la fórmula de poblaciones finitas; los datos son los siguientes:

N	=	67 Empleados de la Unidad de Salud
e	=	El error posible en la muestra es del 10%
Z	=	95% que equivale a 1.96
P y Q	=	Ambas del 50%

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50) (67)}{(0.10)^2 (67-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{64.3468}{1.6204}$$

$$n = 39.7104$$

$$n = 40 \text{ Empleados.}$$

4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación son los siguientes:

- **Cuestionario:** Estructurado con preguntas abiertas y cerradas de opción múltiple, orientado a descubrir la opinión de los usuarios, con respecto a la calidad en el servicio que reciben. Y también para conocer, el criterio de los empleados y su concepción del servicio en la consulta (ver Anexos No. 5 y 6)
- **Cédula de Entrevista:** Se utilizó para recopilar información de la visión del servicio que tienen las jefaturas involucradas en el área de consulta externa (Ver Anexo No.7)
- **Guía de Observación :** Para recopilar información precisa del servicio que prestan a los pacientes en la unidad de salud, y el servicio que ofrecen los empleados a los pacientes, así como para obtener información relacionada con el proceso de consulta.

5. FUENTES DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.

Para el caso de la investigación efectuada, se utilizaron dos fuentes de recolección de datos: **Fuentes de Información Primaria y Fuente de Información Secundaria.**

➤ **Fuente de Información Primaria:** Esta información se obtuvo a través de los instrumentos que se utilizaron en la investigación, y es la información referente a la opinión de los pacientes que hacen uso de la consulta externa, sobre la calidad en el servicio que reciben y la percepción de los trabajadores de la institución acerca del servicio que brindan a los usuarios, por lo tanto es información obtenida en la investigación de campo que se realizó directamente a los pacientes y al personal.

➤ **Fuente de Información Secundaria:** Esta compuesta por la información bibliográfica, de libros de texto, diccionarios, revistas, folletos, informes, trabajos de graduación, paginas Web y otros documentos relacionados con el tema.

D. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

La información obtenida se presenta en cuadros tabulares simples y de doble entrada, en los cuales incluyen un comentario relacionado con los resultados obtenidos.

Las preguntas estructuradas son cerradas y abiertas y de opción múltiple, y estas muestran la tendencia por medio de las cuales

puede ser analizada la información tomando en cuenta el punto de vista de los usuarios, así como la perspectiva que tienen los empleados con respecto al desempeño de su trabajo.

También se incluye el procesamiento de la información de entrevistas estructuradas a las jefaturas de la institución de donde se obtuvo información que complemento el análisis por parte de los empleados, y lo que se pudo percibir por medio de la observación directa que contribuye a concretar la investigación realizada.

E. DIAGNÓSTICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS POR LOS USUARIOS.

1. ORIENTACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL PROCESO DE CONSULTA.

- ✓ Los resultados obtenidos, demuestran que una gran cantidad de pacientes, fueron orientados al pasar consulta, pero sin embargo también existió cierto porcentaje, que no fue orientado por el personal en el proceso de consulta.

(Ver Anexo No. 8 Pregunta 02, Cuadro 06, con un 56.8%)

- ✓ La unidad de salud no cuenta con un sistema de señalización en los pasillos y demás áreas de consulta, que informen al usuario que consulta por primera vez, acerca de los lugares hacia donde y con quienes dirigirse; y muchas veces el personal se encuentra muy ocupado atendiendo actividades

propias de consulta debido a la gran demanda, ocasionando demoras e insatisfacción en los usuarios.

(Según resultados obtenidos en pregunta No. 02, cuadro No. 06 del anexo No. 8).

2. ESPACIO FÍSICO.

2.1 Instalaciones del Edificio.

- ✓ En lo referente a este aspecto, se realizó la evaluación de parte de los usuarios, en las diferentes áreas de consulta, tales como: el espacio de espera, que fue evaluado como bueno por la gran mayoría, (Pregunta 06, cuadro No. 10, un 51.6%), sin embargo existe siempre una cantidad de personas que manifiesta insatisfacción por esta área.
- ✓ También se evaluó el mobiliario de sala de espera y consultorios donde también tiene un rango de calificación de los usuarios entre regular a bueno (Según cuadro 10 del anexo No. 8, con un 55.8% y un 30.5% de los usuarios), y esto puede explicarse a la escasez de recursos que enfrenta la institución.
- ✓ Por otra parte los consultorios también tienen un rango definido por los usuarios en cuanto a instalaciones, de regular a bueno, (Ver cuadro No.10, anexo No. 8)

Finalmente lo que fue evaluado de una manera negativa fueron las instalaciones de los baños de la unidad de salud, (Pregunta No. 6) ya que son muy pocos y anti-higiénicos, y se encuentran en

mal estado, con falta de agua; además en ciertos horarios del día solo esta disponible un baño para todos los pacientes, ya sean hombres o mujeres, y considerando la gran demanda de pacientes de la unidad de salud, no son suficientes.

2.2 Limpieza de las Instalaciones.

- ✓ En este aspecto, se realizó la evaluación de diversas áreas de la unidad de salud, como el espacio de espera, pasillos y zonas de tránsito, consultorios y baños, la mayoría de las instalaciones.
- ✓ Los usuarios evaluaron la limpieza entre el intervalo de regular a buena, aunque los baños de la institución tuvieron una mala calificación, pues la mayoría señaló que están en mal estado, y que no cumplen con los requisitos mínimos de limpieza, además de la falta de agua, y que la mayor parte del tiempo pasan cerrados, pues solo esta a disposición del público los baños de hombres o los de mujeres, pero rara vez ambos, lo que incomoda a la gran cantidad de usuarios, de las instalaciones. (Pregunta No. 07, Cuadro 11, Anexo No. 8)

3. TIEMPO DE ESPERA.

3.1 Proceso previo a la consulta.

En este aspecto, es de considerar dos situaciones de interés:

- ✓ Una de ellas es que el proceso que realiza un paciente antes de llegar al doctor, que le ocasiona a la gran mayoría demoras, desde la selección del paciente, preparación y

búsqueda o elaboración del expediente, en donde surgen las inconformidades en la espera antes de pasar consulta. (Pregunta No. 03 y 04, anexo No. 8)

- ✓ La segunda situación a considerar es la espera para pasar consulta, donde los usuarios tienen en su mayor porcentaje que esperar largo tiempo, es normal que estos esperen a ser llamados por las enfermeras un aproximado de dos o más horas, para poder pasar finalmente consulta y en el proceso donde más retrasos tienen la mayoría es aquí, en la espera previa a la consulta. (Pregunta No. 04, anexo No.8)

3.2 Tiempo de espera en Farmacia y otras áreas posteriores a la consulta externa.

- ✓ Un buen número de las personas que han hecho uso del servicio de consulta, demuestra que la espera en farmacia tarda un tiempo promedio de 1-5 minutos, lo que indica que es aceptable para el usuario, y cierto porcentaje que opinó que esperó de 5-10 minutos para que le entreguen la medicina, esto refleja que la demora en la entrega de medicinas es poca, aunque esta puede estar sujeta a mejoras. (Pregunta No. 05, Cuadro No. 09)
- ✓ En cuanto a otras áreas, como el laboratorio, cuando le prescriben a un paciente un examen, es incomoda la espera que tienen que realizar, ya que la gran demanda de pacientes hace que la programación de los exámenes no se cubra, ocasionando que no todos tengan acceso de inmediato a este servicio, dando

como resultado inconvenientes económicos a los pacientes y que los tratamientos del médico que lo refirió carezcan de este auxiliar de diagnóstico. Ya que la capacidad instalada del laboratorio es de ciento cuarenta exámenes diariamente, y habitualmente la demanda excede esta cantidad, originando insatisfacción en los pacientes, ya que no todos pueden ser atendidos.

Otra situación de vital importancia, es que en el laboratorio no se realizan algunas pruebas de laboratorio especiales, pues no cuentan con todos los recursos materiales y tecnológicos para efectuar algunos exámenes clínicos (Ejemplo: examen de VIH, etc.)

3.3 Tiempo de espera en la consulta cuando un paciente es referido a un médico especialista.

- ✓ Aunque el usuario, tenga ya programada una cita con algún especialista en la unidad de salud, tiene que esperar hasta ser atendido a la hora que las enfermeras y el resto del personal procese su información.
- ✓ El tiempo que se tarda para que se realice la asignación de una cita es tardío, son inclusive hasta varios meses de espera, el tiempo aproximado es de 1-3 meses en que un paciente puede esperar a que se cumpla la asignación de su cita con un médico especialista.

Por lo anterior es importante realizar un proceso de mejora en cuanto a la agilización de la programación de citas con especialistas, ya que si no se realiza se está brindando un servicio sin calidad y poco útil para un paciente.

4. ATENCIÓN Y ACCESIBILIDAD CON LOS PACIENTES.

4.1 Evaluación de la atención del médico.

- ✓ Una gran cantidad de pacientes afirmaron que el médico le puso atención a sus padecimientos, lo que indica que el usuario percibe de parte del médico un trato adecuado y manifiesta interés en curar sus enfermedades. (Pregunta No. 08, Cuadro No. 8)
- ✓ Otro punto a considerar, es el desenvolvimiento que tienen los doctores con los pacientes, y el grado de interés y cuidado que ellos manifiestan hacia los usuarios, un buen porcentaje de las personas contestaron afirmativamente sobre si eran examinados por los médicos que les atendieron, aunque siempre existe una parte de los pacientes que no fueron examinados, ni el médico pone atención a sus padecimientos, y esto puede considerarse normal, ya que siempre existe una parte en el servicio, que son atendidos bien, y los que perciben mala atención. Esto dependerá de muchos factores, entre los que se encuentra el grado de demanda de pacientes en ese día y también podría ser el ausentismo por diversas causas, que

puede ocasionar las demoras e inconformidades. (Pregunta No. 09 Cuadro No. 13, anexo No. 8)

- ✓ Las estadísticas obtenidas en el procesamiento de información que se realizó en la unidad de salud reflejan que el 77.9% de los médicos explica lo que tienen los pacientes, y solo un 22.1% no explican de lo que padecen los usuarios, es solo una parte del porcentaje de médicos que no explican lo que tienen los pacientes. (Pregunta No. 10, Cuadro No. 14, anexo No. 8)
- ✓ Por otra parte, el 77.9% de los médicos les brindan recomendaciones de los cuidados que deben tener los pacientes con su enfermedad y con los medicamentos y un 22.1% no da estas recomendaciones, esto significa que la mayoría de médicos hacen las recomendaciones respectivas a los cuidados que se deben tener con las enfermedades los pacientes. (Pregunta No.11, Cuadro No.15)
- ✓ La mayoría de las personas encuestadas, califico de bueno el trato que reciben del médico, un 38.9% lo considera excelente, y un 12.6% lo considera regular y solo un 8.4% lo considera malo, esto indica que una buena parte de las personas están satisfechas con el trato que el médico les da en la consulta. (Pregunta No. 12, Cuadro No. 16)

4.2 Evaluación de la atención del personal que forma parte de la consulta externa.

- ✓ A nivel general, lo más destacado y que se debe tomar en consideración, es que en las áreas donde existen oportunidades de mejora es en laboratorio y archivo, ya que ambas áreas no fueron bien evaluadas por los usuarios; los resultados tienen un intervalo entre regular a malo, siendo este un punto de fortalecimiento. (Pregunta No. 13, Cuadro No. 17)
- ✓ En cuanto al área de enfermería, fue evaluada entre buena a regular, y según la observación directa que se pudo percibir, existe una parte del personal que no esta brindando un buen servicio a los usuarios, pues a veces tratan mal, lo que no es correcto y tiene también que mejorarse. (Pregunta No.13, Cuadro No. 17)
- ✓ De todas las áreas la mejor evaluada fue la farmacia, pues aquí no existen mayores demoras y el trato que reciben los pacientes la mayoría coincide en que esta en el intervalo de bueno a excelente, entonces en esta área existen menos inconformidades, siendo bien librada de la mayoría de quejas. (Pregunta No. 13, Cuadro No. 17)

4.3 Obtención de los Medicamentos en Farmacia.

- ✓ Con la obtención de medicamentos, se presenta la problemática de que una buena parte de las recetas que indican los médicos no se encuentran disponibles en la farmacia, y más aun el

problema se presenta con más frecuencia en los médicos especialistas, la unidad de salud no posee medicamentos necesarios para abastecer el cuadro clínico básico, de una buena parte de la población consultante, el 66.3%, que no puede obtener todas las recetas que le indico el médico, y sólo un 33.7%, obtuvo todos los medicamentos. El porcentaje mayor nos indica que existe una escasez de medicamentos que afecta a los pacientes, ya que tiene que comprar la medicina en las farmacias. Lo que representa un gasto para personas de escasos recursos económicos, limitando el acceso a la salud de una parte de usuarios. (Pregunta No. 14, Cuadro No. 18)

4.4 Charlas Educativas de Salud.

Las charlas educativas de salud, es información de gran importancia para la zona o para la población a la que esta dirigida, pues las temáticas que se abordan son de interés para la comunidad en general y para el tipo de población con características definidas, en donde se trata de disminuir, prevenir y tratar de erradicar focos de infección común entre la población, enfermedades comunes que asedian a los pacientes, reducción de niveles de mortalidad (morbimortalidad) y en general estas charlas se imparten aprovechando que la gente espera para la consulta con el objeto de que sirva de atención a pacientes y que estos puedan atender al llamado de las mismas y que les ayude a prevenir, tomar medidas preventivas o tratar

enfermedades de diversa índole, y una consulta que cuente con este tipo de charlas es de mejor calidad que una que no cuente con charlas de este tipo, es por eso que es importante que se impartan a los usuarios. Un buen porcentaje 50.5%, indicó que a veces recibe charlas educativas de salud cuando espera para pasar consulta, un 31.6% contesto que nunca, esto puede explicarse debido a que las enfermeras no siempre brindan charlas educativas de salud y estas son impartidas a diario, pero en los momentos en que tienen tiempo, debido a que pasan ocupadas atendiendo las actividades propias de la consulta. (Pregunta No 15, Cuadro No. 19, anexo No. 8)

4.5 Nivel de Atención y Satisfacción de los usuarios en la Consulta Externa.

- ✓ Un buen porcentaje de usuarios 68.4%, se encuentran satisfechos con el servicio de consulta que proporciona la unidad de salud, y un restante 31.6% no esta satisfecho con el servicio de consulta, la mayoría de usuarios encuestados afirman estar conformes con el servicio de consulta, pero indican cierta insatisfacción, en el proceso previo a la consulta, pues es ahí donde se ocasionan las demoras. (Pregunta No. 16, Cuadro No. 20, anexo No. 8)
- ✓ Las razones por las cuales se sienten satisfechos los pacientes radican en circunstancias poco relacionadas con un buen servicio, más bien son causas inherentes a la pobreza, y

a la poca accesibilidad de servicios privados de salud, el factor económico es dominante, y el otro factor es la inexistencia de una alternativa de consulta distinta a la que ofrece la unidad de salud, y otras razones propias de la limitación geográfica que se estudia, ya que una cantidad de pacientes contestan que asisten a este centro asistencial, porque queda cerca de donde viven, y un mínimo porcentaje por la atención y trato que reciben.

- ✓ De las personas que contestaron estar satisfechas con el servicio de consulta que ofrece la unidad de salud, un 52.3% está satisfecho porque es gratis, lo cual hay que analizar que no es por la buena calidad de consulta, sino por la gratuidad de la misma, seguido de un 33.8% que contestó que porque no existe otra alternativa, lo que implica que los usuarios asisten a la unidad de salud por dos razones que no tienen que ver precisamente con un buen servicio de calidad en la consulta, sino por otras causas.
- ✓ Con respecto a la atención que brinda la unidad de salud, es considerada por la mayoría de encuestados, en un 41.1% como buena, seguida de un 32.6% como regular, y un 21.1% como excelente, esto implica que ha sido evaluada entre el intervalo de Buena a Regular, esto implica que puede ser sometida, a un proceso de mejoramiento de calidad, para que

los pacientes reciban un mejor servicio. (Pregunta No. 17, Cuadro No. 22)

4.6 Prestigio de la Unidad de Salud de San Marcos.

- ✓ Según los datos obtenidos, un 63.2% que opinaron que volverían a la unidad de salud, ya sea porque no tenían otra opción por el hecho de ser el centro de salud mas cercano, otras opiniones fueron que la situación económica no permite acceder a servicios de salud privado. El porcentaje que opino que no regresaría, porque no esta satisfecho con la atención que se presta fue de 36.8%.
- ✓ De los pacientes que afirmaron que regresarían, el mayor porcentaje fue por la escasez de recursos económicos ya que el servicio y medicamentos es gratis en un 43.3%, el siguiente porcentaje considerable es la atención que presta la unidad con un 25%, que demuestra que ciertos usuarios consideran que son atendidos en forma adecuada por los empleados, el siguiente resultado refleja que la unidad de salud, se encuentra cerca lo que facilita la accesibilidad con un 20%, y finalmente, porque no existen otras opciones como establecimientos de salud donde acudir, lo que deja a este centro de salud como única alternativa.

4.7 Opiniones y Sugerencias de los Usuarios.

- ✓ En cuanto a las opiniones y sugerencias que brindaron los pacientes, que ayudaría a brindar un mejor servicio es que

se incremente y mejore la existencia de medicamentos 55.8%, y la otra opción con un 42.1% que el personal sea más amable y se comunique mejor y una tercera sugerencia, con un 35.8% que se incrementen los médicos en las distintas especialidades, estas sugerencias son relevantes para brindar un servicio mejor y con calidad. (Pregunta No. 20, Cuadro No. 16)

- ✓ También existen otras opciones que aunque el porcentaje es menor, pero igual deben ser consideradas, como que se renueve e incremente el equipo de uso médico con un 22.1%, es decir equipar mejor a la unidad de salud con aparatos modernos, mobiliario adecuado y equipo actualizado que agilice y mejore el proceso de consulta, otra opción que sugieren es que se mejore la limpieza en la institución a nivel general,
- ✓ También, otra alternativa es que se les pida opinión al usuario para fijar la hora y fecha de la cita, para que sean más próximas.
- ✓ Como última es el mejoramiento de la cobertura de horarios para consulta.

Todas y cada una de las anteriores sugerencias podrían ser implementadas en un proceso mejorado de consulta, aunque todo tiene que ser adecuado de acuerdo a los recursos en existencia. Lo que es válido considerar, es que las sugerencias son importantes para brindar un mejor servicio, pues el paciente es

el quien las demanda y en función de él y la satisfacción de sus necesidades es que se debe de trabajar.

(Pregunta No. 20, Cuadro No. 26, anexo No. 8)

4.8 Actitud del personal en cuanto a Respeto, Paciencia y Cuidado de los pacientes.

- ✓ Según los datos obtenidos, en cuanto a este aspecto, es importante mencionar que existe personal que carece de paciencia en la atención a los pacientes, y muchas veces no se les trata adecuadamente, pues se observó maltrato en algunos empleados hacia usuarios, y como en la mayoría de instituciones públicas, se presenta esta figura, que debe ser atendida y mejorada, ya que los usuarios tienen que ser la prioridad en todos los sentidos cuando se presta un servicio, pues la función de la institución debería ser, la de brindar este servicio con calidad, eficiencia y prontitud.(Pregunta No. 19 Cuadro No.25)
- ✓ Por otra parte, los resultados obtenidos, reflejan que un 48.4% opina que si prestan atención a las sugerencias, opiniones e inconformidades de los pacientes, y un 44.2% que no, que es un porcentaje un poco inferior, esto indica que las respuestas reflejan una proporción semejante; por lo tanto hay inconformidad en una proporción de pacientes, lo que obliga a

tomar las consideraciones del caso y mejorar al respecto.

(Pregunta No. 19, Cuadro No. 25, anexo No.8)

4.9 Capacidad Instalada.

- ✓ La capacidad de atención de consultas mensuales en promedio es aproximadamente de 6,000 pacientes y, actualmente la institución atiende alrededor de 8,000 pacientes mensuales, dada la gran demanda en los servicios de salud de la población consultante, lo que afecta al paciente pues no se le ofrece calidad en el servicio de consulta así como en las demás áreas como: el laboratorio tiene una capacidad de poder procesar 140 exámenes de laboratorio diarios y en la realidad se atienden mucho más de esta cantidad; solo por la mañana se realizan un aproximado de 120 exámenes.
- ✓ En cuanto al personal, no se cuenta con el suficiente en archivo y existe escasez de recursos, causando inconformidades en los pacientes, e igual del área de enfermería donde normalmente tendrían que haber más enfermeras por cada consultorio.

F. DIAGNÓSTICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS POR LOS EMPLEADOS Y LAS JEFATURAS.

1. MISIÓN Y VISIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD

- ✓ A pesar de que la Unidad de Salud posee misión y visión, no han sido transmitidas al personal adecuadamente, ya que, ellos saben que existen, pero no las recuerdan, de hecho, para su creación se involucró al personal para que aportara sus criterios, pues es la mejor forma de establecer este tipo de enunciados institucionales, sin embargo, no pueden cumplirse si el personal no los recuerda. A parte de la misión, visión y algunos valores incluidos en la visión, no poseen objetivos, políticas propias y normas (Ver pregunta 12 de Anexo 10)

2. MOTIVACIÓN Y COMUNICACIÓN

- ✓ Se puede considerar, que hay un buen nivel de motivación, ya que el 97.5% de los encuestados afirma que le gusta el trabajo que realiza, por ende, se sienten satisfechos en su puesto de trabajo, a pesar de no haber programas de incentivos que incluyan a todos los empleados, reconocimientos o estímulos, programas de recreación, nivelaciones salariales periódicas, capacitaciones a todo el personal y de existir carga excesiva de trabajo, factores que, con el tiempo, contribuyen a que los empleados no sientan interés por mejorar la calidad de su

trabajo, y de hecho, se puede ver que sucede en ciertos puestos.

- ✓ En cuanto a la distribución del trabajo, la mayoría de los empleados (65%) están satisfechos, sin embargo, entre las sugerencias señaladas mas frecuentemente por ellos, esta la de distribuir mejor el trabajo y las funciones de cada puesto, esto se debe, en ciertos casos, a que algunos médicos no les gusta o no pueden atender a mas pacientes de los establecidos, si algún médico no llega, o se ausenta por bastante tiempo, esos pacientes entonces, se le acumulan a otro médico.
- ✓ Con las enfermeras, debido a la falta de suficiente personal para atender a la gran demanda, se les hace demasiado trabajo y ocurre que, enfermeras comunitarias, enfermeras en servicio social o auxiliares, se ocupan de funciones que no les competen, sin embargo, las actividades se rotan.
- ✓ En el establecimiento, se dan a conocer las funciones de cada puesto, descritas en el "Manual Administrativo" del SIBASI, pero no se cumplen a cabalidad, por las circunstancias particulares de la Unidad de Salud.
- ✓ La presión en el trabajo puede considerarse moderada, ya que un 52.5% de los encuestados expresa no sentirse presionado en el trabajo (Ver preguntas 1, 3, 8, 15, II.10 literal g) del Anexo 9)

- ✓ Con respecto a la comunicación, la administración se preocupa por informar al personal sobre temas de interés y asuntos de trabajo, sin embargo, un 39.5% de los empleados opina lo contrario. La comunicación entre compañeros de trabajo, se encuentra bastante bien, según la opinión de la mayoría, si embargo, la mayor parte del personal que ha contestado negativamente son médicos. (Ver preguntas 10, II.9.7 del Anexo 9 y pregunta 8 de Anexo 10)

3. RELACIONES LABORALES

- ➡ Puede decirse que en la Unidad de Salud, existen buenas relaciones entre compañeros, ya que un 77.5% opina que sus compañeros son cooperativos y agradables, el compañerismo también, esta muy bien evaluado; por otro lado, entre el personal que contestó negativamente, la mayoría se encuentra en servicio social, lo que podría indicar que los empleados antiguos, no aceptan con facilidad a nuevos compañeros, ni buscan sociabilizar con ellos o ayudarlos.
- ➡ Con respecto a los conflictos laborales entre los compañeros o entre jefe y empleado, existe cierto grado de dificultad para resolverlos, ya que un alto porcentaje de empleados manifiesta que cuesta llegar a un consenso o que los conflictos no son resueltos. En cuanto a la relación con el jefe, ésta es muy bien evaluada por la mayoría de los empleados (Ver preguntas

6, II.9.3, II.6, II.9.6, II.9.4 del Anexo 8 y pregunta 7 de Anexo 10)

4. LIDERAZGO

- El estilo de liderazgo que posee el Director y las jefaturas es muy bien evaluado, ya que la mayoría de los empleados opina que su jefe valora las intervenciones y opiniones que ellos hacen (67.5%). Así mismo, consideran que su jefe les ayuda a resolver sus problemas de trabajo (87.5%).
- Un 65% de los empleados considera que su jefe toma decisiones justas, además, un 77.5% de los empleados considera que su jefe es muy bueno propiciando el trabajo en equipo. Un 55% considera también que la Administración esta dispuesta a utilizar nuevos métodos e ideas para mejorar las condiciones de trabajo, no obstante, hay un porcentaje considerable (44%) que opina lo contrario (Ver preguntas 11, 14, 17, 19, 20 de Anexo 9 y preguntas 11 y 10 de Anexo 10)

5. AMBIENTE FÍSICO Y RECURSOS MATERIALES

- Tanto el mobiliario y equipo, como los materiales que las diferentes áreas utilizan, son evaluados por la mayoría de empleados, como deficientes. Estos son puntos críticos para los cuales se debe tomar acciones inmediatas, ya que de estos factores depende enormemente el buen desempeño del trabajo y la posibilidad de brindar un mejor servicio. Para la dirección éste es uno de los mayores problemas que debe

enfrentar, ya que dependen de un presupuesto limitado y cualquier cosa que necesite en la Unidad de Salud, debe solicitarla al Ministerio de Salud, según el Director, en repetidas ocasiones, el Ministerio no les otorga lo que les solicitan porque argumenta que no hay fondos, antes de junio de 2003, podían comprar lo que les hacía falta o reemplazar equipo, ya que percibían ingresos de las cuotas por consultas, exámenes y medicamentos, pero a partir de entonces todos los servicios y medicinas que brinda la Unidad de Salud, por decreto, son gratuitos; la actual situación ha llevado a que la calidad de los servicios brindados se deteriore.

- La limpieza de las instalaciones es evaluada negativamente por la mayoría de los empleados (65%) Esto es algo que el grupo de trabajo pudo constatar por observación directa; desde los baños que son los que están en condiciones más deplorables, hasta los pasillos, que siempre se ven con suciedad, basura, gomas de mascar, aunque a esto contribuyen también, los visitantes, pero la falta de basureros fomenta este comportamiento.
- El estado de las instalaciones, es bien evaluado por los empleados, ya que el edificio es grande y cuenta con instalaciones adecuadas y en buen estado, a excepción de la ventilación que es insuficiente (Ver preguntas 4, 5, 16, II.9.1, II.9.2, II.9.5 del Anexo 9 y pregunta 5 de Anexo 10)

6. PERCEPCIÓN DE LOS EMPLEADOS ACERCA DE LA CALIDAD

- Casi todos los empleados encuestados (92.5%) consideran que es más importante la calidad de su trabajo que la cantidad y consideran que se debe prestar más atención y cuidado en ofrecer un mejor servicio a los pacientes que en el número de pacientes atendidos a diario, lo cual indica que ellos tienen la disposición de prestar una buena atención a los usuarios, de mejorar la calidad de sus servicios y están conscientes de la importancia que tiene la calidad en la prestación de servicios de salud, pues está involucrada la vida humana (Ver preguntas 2, II.4 de Anexo 9)

7. PERCEPCIÓN DEL TIPO DE SERVICIO QUE SE BRINDA EN LA UNIDAD DE SALUD

- La mayoría de empleados considera que en la Unidad de Salud se brinda un buen servicio a los pacientes, ya que, un 85% recomendaría la Unidad de Salud a sus familiares, también un 80% considera que los empleados de la Unidad de Salud muestran una actitud de respeto y cuidado hacia los pacientes y que los usuarios son atendidos eficientemente (72.5%) además, consideran que la Unidad de Salud goza de una buena reputación en la comunidad (75%) Sin embargo, hay médicos que han detectado que cierto personal, maltrata a los usuarios, situación que debe ser corregida, si se desea mejorar el servicio.

- Casi todos los entrevistados opinan que es necesario mejorar la calidad en el servicio que se ofrece al usuario en consulta externa, empezando por ocuparse de esos aspectos evaluados como deficientes y luego, detectar otras oportunidades de mejora. Un 95% de los encuestados, también opina que es necesario brindar atención a las quejas, sugerencias o comentarios de los pacientes; Esto denota que ellos están conscientes que éste es un mecanismo muy importante para mejorar la calidad en el servicio prestado (Ver preguntas 12, 13, II.7, 18, II.1, II.5, del Anexo 9)

8. CONTROLES Y MECANISMOS QUE SE UTILIZAN EN LA UNIDAD DE SALUD PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A USUARIOS

- La Dirección de la Unidad de Salud, contando con la colaboración del Ministerio de Salud, implementa medidas como capacitaciones o seminarios para las diferentes áreas de especialización del personal, solo que a veces no asisten por el exceso de trabajo en la Unidad, aunque, capacitaciones de calidad en la atención a los usuarios, casi no se dan.
- Han formado, también, un comité de calidad, que se encarga de detectar problemas y un comité de gestión de calidad formado por el Director y las jefaturas se reúnen cada quince días para evaluar, analizar y discutir los problemas, pero según el Director, este comité no opera como debería, porque sus integrantes tienen muchas responsabilidades y generalmente

tienen el tiempo saturado como para reunirse mas a menudo y durante mas tiempo, evaluar cuidadosamente la calidad del trabajo, ofrecer charlas, etc.

- Existen políticas inmersas en los programas de salud de cada especialidad, cuyo cumplimiento, de cierta forma, contribuye a mejorar la calidad en la atención a los usuarios, pero no existen propiamente, políticas para el mejoramiento de la calidad en la atención al usuario, creadas por las autoridades o por los comités de calidad de la Unidad de Salud. Dado que las políticas no se encuentran explícitamente en un documento, Una parte del personal (30%) manifiesta que no existen.
- Además de esto, se ha creado un mecanismo de control para evaluar periódicamente el servicio que se presta en la unidad de salud, que es, por medio de buzón de sugerencias o por quejas que los pacientes directamente comunican al Director, además de la observación que hace el comité de calidad, no obstante, estos mecanismos no son suficientes para llevar un buen control de la calidad de los servicios y pueden no ser los más idóneos (Ver preguntas II.2 de Anexo 9 y preguntas 1 y 3 de Anexo 10)

9. SUGERENCIAS DE LOS EMPLEADOS Y JEFATURAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA UNIDAD DE SALUD

9.1 SUGERENCIAS DE LOS EMPLEADOS

- Las sugerencias señaladas con más frecuencia por los empleados, para mejorar la atención a los usuarios de consulta externa, son: aumento del personal médico; distribuir el trabajo y las funciones más equitativamente y definir las funciones de cada trabajador; mejorar la distribución de los recursos disponibles.
- Muchos de los empleados coinciden en que la cantidad de personal médico es insuficiente ante la enorme afluencia de usuarios de la unidad de salud. Con respecto a la distribución del trabajo y la definición de las funciones, parece ser que en muchos casos el trabajo no es distribuido equitativamente y que las funciones de cada puesto no han sido bien definidas.
- Otras sugerencias que los empleados señalaron, en orden de importancia, Son: Mejorar las relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo; mejorar la empatía con los pacientes a través de capacitaciones; mejor coordinación entre el personal para brindar un mejor servicio; mejorar la cobertura en horarios de consulta. Además, algunos empleados sugieren que en la Unidad de Salud se brinden charlas a los pacientes para

instarlos a ser más comprensivos, respetuosos con los empleados y pacientes (Ver pregunta II.10 de Anexo 9)

9.2 SUGERENCIAS DE LAS JEFATURAS

- Que se inserte tecnología en la Unidad de Salud, por ejemplo, Intranet y que cada médico tenga una computadora y accedan al archivo, lo que simplificaría el trabajo e incluso se podría obviar el paso de archivo y el Director podría monitorear el trabajo de los médicos.
- Que se incremente el personal en archivo y que sea calificado y eficiente y que se capacite mas a menudo.
- Que se incremente personal en otras áreas, por ejemplo médicos, enfermería, Laboratorio.
- Que se pueda capacitar a todo el recurso humano en calidad en atención al usuario.
- Que se cree un plan, ya sea a nivel de la Unidad de Salud o del Ministerio de Salud, para educar a los usuarios para que hagan un uso racional de los recursos de las Unidades de Salud.
- Que les asignen mayor presupuesto a las Unidades de Salud, que les permita mejorar la existencia de medicamentos, mejorar el equipo tanto en cantidad como en modernización, por ejemplo adquirir computadoras y programas que contribuyan a agilizar y simplificar el trabajo, equipo sofisticado en laboratorio y

además reemplazar el mobiliario y equipo que actualmente tiene la unidad de salud, que esta en malas condiciones.

- Que se usen expedientes para los pacientes de odontología, ya que cuando éstos llegan, los odontólogos desconocen totalmente el historial del paciente.
- Que se separe por cubículos cada área de atención del paciente, pues tenerlos en el mismo consultorio es insalubre e inseguro.
- Que el personal respete los horarios de atención
- Mejorar la distribución del trabajo de los médicos.
- Que se mejore la cobertura de sus horarios, ya que considera que sabiéndolos distribuir mejor, pueden dar abasto a la alta demanda del servicio (Ver pregunta 4 de Anexo 10)

G. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el diagnóstico, se ha concluido lo siguiente:

1. El tiempo de espera de cada paciente esta en función directa de la cantidad de pacientes a atender por cada médico, así como de la gravedad de la patología que afecte a cada usuario; pero también en función del tiempo utilizado en la orientación, clasificación o preselección, toma de peso y sintomatología del

paciente como elaboración y traslado del expediente en lo que intervienen diferentes empleados.

2. Se encontraron ciertas inconformidades de parte de los usuarios, relacionados con la atención recibida en el área de laboratorio y archivo, en el tiempo de entrega de exámenes, por el trato de algunos empleados, por las demoras, o por no poder satisfacer la gran demanda de exámenes de laboratorio, dado que no cuentan con equipo y reactivos para exámenes especiales. Y en el área de archivo, porque es donde se realizan los principales cuellos de botella en el proceso de consulta.

3. Los usuarios manifiestan la necesidad de aumentar la existencia de medicamento, seguido de una mejor comunicación y amabilidad de parte de los empleados e incremento de médicos en las diferentes especialidades.

4. Las medidas y controles que se utilizan en la unidad de salud para mejorar la calidad de la atención a los usuarios no son suficientes y no hay un sistema de calidad formal y bien estructurado que opere eficientemente.

5. La limpieza es un factor determinante para los usuarios y empleados, aspecto que afecta por el hecho de no prestarle la atención debida, ya que afecta la calidad en el servicio.

6. La Unidad de Salud posee misión y visión institucional, pero el personal no las conoce o no las recuerda. No cuenta con una filosofía institucional bien estructurada, que sirva a todo el personal de directriz para que enfoque sus esfuerzos a un fin común.

7. Existe cierta dificultad para resolver los conflictos laborales entre los compañeros o entre jefes y empleados.

8. La señalización está deficiente en las diferentes áreas de la unidad de salud, algunas de estas se encuentran ubicadas en áreas de poca visibilidad, que impide una adecuada orientación de los pacientes y visitantes, provocando la pérdida de tiempo al no encontrar con prontitud los diferentes departamentos que forman la unidad, sin dejar de lado indicaciones necesarias para la guía del usuario.

H. RECOMENDACIONES

1. Si bien la idea de aumentar el personal sería lo mejor, pero debido a la escasez de recursos y por el hecho de no contar con un presupuesto determinado, puede realizarse una gestión adecuada de los procesos previos a la consulta para agilizar el tiempo de espera, así como vigilar el desempeño de algunos empleados con respecto a la atención a los usuarios para mejorar

su eficiencia. Esto también se puede lograr por medio de capacitaciones, incentivos y motivación a los empleados

2. El tiempo de la realización de los exámenes de laboratorio, se puede reducir, adquiriendo o arrendando equipo, mecanizando el proceso que actualmente se hace manual.

2.1. Las pruebas especiales pueden realizarse por referencia de pacientes o enviando las muestras a laboratorios especializados, o buscar el apoyo del hospital que corresponda al SIBASI de la unidad de salud.

2.2. Agilizar el proceso de elaboración de expedientes, a través del manejo de una base de datos o programa especializado de consulta para los pacientes.

2.3. Designar un coordinador responsable del área de archivo, que este comprometido con el comité de calidad, en mejorar el desempeño y atención para agilizar los trámites y buscar la eficiencia en la atención de los pacientes, así como de lograr un compromiso con los empleados del área enfocados a la mejora continua.

3. Mejorar la gestión de medicamentos del cuadro básico de salud, procurando que se mantenga existencias proporcionales a la demanda.

3.1 Concientizar al personal sobre la manera de tratar al usuario, capacitándolos, y enseñando a manejar el estrés causado

por la presión del trabajo y mejora de las relaciones interpersonales, revisar procesos, crear equipos de mejora que busquen soluciones a los diferentes problemas que existen en la unidad de salud.

4. Se le debe dar un mejor seguimiento a los comités, para que trabajen progresivamente y realicen mejoras sustanciales, la dirección, debe tratar de redefinir mejor el tiempo y acomodar horarios de todo el personal, cuando haya reuniones. Se sugiere también, que se empleen otras medidas de control como: tomar en cuenta las evaluaciones del desempeño, que también serviría para determinar las necesidades de capacitación existentes entre el personal, encuestar a los usuarios cada seis meses o cada año, que se estructure una guía de observación para el comité de calidad, que se tome en cuenta la evaluación hecha mediante el Sistema de Información Gerencial, para introducir mejoras, además que se creen políticas específicamente para la mejora de la calidad en la atención.

4.1. Implementar un programa bien estructurado de calidad en atención a los usuarios.

5. La Dirección debe aplicar una supervisión y control periódicos, exigiendo y concientizando al personal del área de mantenimiento y limpieza, de la importancia de mantener limpias las instalaciones, también equipar al personal con los recursos necesarios para realizar un trabajo eficiente.

6. Es necesario que la Dirección tenga la iniciativa de formular una filosofía institucional bien estructurada que contenga misión, visión, valores, objetivos, políticas y estrategias, para cuya realización se involucre a todo el personal, además, se debe mejorar los mecanismos para difundir todos estos elementos para que todos los empleados los recuerden, los pongan en práctica y cumplan las objetivos institucionales.

7. La Dirección y las jefaturas deben tratar de ser mediadores y buscar soluciones en las que ambas partes se beneficien, fomentar el diálogo, el consenso y la existencia de mejores relaciones interpersonales entre compañeros y entre jefes y empleados, en donde haya confianza y una buena comunicación que no dé lugar a malos entendidos y situaciones incómodas. Si el conflicto es entre jefe y empleado, que sea el Director el que intervenga y busquen las soluciones más convenientes. Es recomendable, también, que la Dirección convoque a reuniones periódicamente para discutir y resolver problemas.

8. Crear un sistema de señalización, el cual cuente con, políticas y normas técnicas, entre las cuales exista una que permita su revisión por lo menos cada año, para actualizar y adaptarlo a las necesidades de la institución.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

A. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

1. OBJETIVO GENERAL:

Diseñar un programa de mejoramiento de la calidad en el servicio para la Unidad de Salud de San Marcos, que contribuya, a brindar a sus usuarios servicios de salud eficientes.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1 Propiciar un ambiente de compromiso, trabajo en equipo y participación, constante, tanto de las autoridades como del personal de la unidad de salud en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que ahí se prestan.
- 2.2 Fomentar el desarrollo continuo del personal, mediante capacitaciones orientadas hacia la calidad, tanto en el desempeño de su trabajo, como en el trato a los usuarios.
- 2.3 Proponer mecanismos sistemáticos, por medio de los cuales se pueda evaluar el servicio prestado a los usuarios, así como medir el desempeño de los procesos.

B. MISIÓN Y VISIÓN DEL PROGRAMA

1. MISIÓN DEL PROGRAMA

Constituir un elemento contribuyente al mejoramiento de la calidad en el servicio ofrecido en la Unidad de Salud, con énfasis en la consulta externa, que a su vez, tenga un impacto positivo en los demás servicios que presta la unidad de salud; de tal modo que, la atención que se brinde, llene las expectativas y satisfaga las necesidades de la mayoría de usuarios.

2. VISIÓN DEL PROGRAMA

Llegar a satisfacer plenamente, las necesidades y expectativas de todos los usuarios de la Unidad de Salud, por medio del mejoramiento continuo de la calidad en el servicio.

C. POLÍTICAS DEL PROGRAMA

- ⊕ Se procurará generar una cultura de calidad generalizada en los miembros de la Unidad de Salud.
- ⊕ Se fomentará el trabajo en equipo, la comunicación y la participación voluntaria, a fin de crear un ambiente en el que sea posible el mejoramiento continuo de la calidad.
- ⊕ Las autoridades mostrarán un compromiso constante con la calidad y propiciarán que todas las áreas involucradas, también se comprometan con el mejoramiento de la misma y que tengan la disponibilidad de aprobar y apoyar todas las medidas realizables.

- ⊕ Se practicará la retroalimentación, de manera que el personal esté constantemente consciente acerca de la importancia de la mejora continua en la calidad, en el desempeño de todas sus actividades, a través del conocimiento y dominio de temas relacionados con la calidad.
- ⊕ El enfoque de calidad estará incorporado por el personal, a todas las actividades del proceso de consulta externa.
- ⊕ Se realizarán evaluaciones periódicas con respecto al servicio prestado a los usuarios y al desempeño del personal, las cuales se deberán tomar en cuenta para introducir mejoras.
- ⊕ Los resultados de las evaluaciones tendrán un carácter de retroalimentación para que los equipos realicen la mejora continua.

D. ETAPAS Y ACTIVIDADES DEL MODELO DE CALIDAD TOTAL

1. ETAPA 1: COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

Objetivo

- ⊕ Lograr que la Dirección manifieste explícitamente la prioridad que se da a la calidad y la voluntad de propiciar que todas las áreas de la institución, se comprometan con el mejoramiento continuo; así como también crear la

infraestructura necesaria para asegurar la implantación de las mejoras.

1.1 PRESENTAR EL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Objetivo

- ⊕ Dar a conocer al primer nivel de la institución, el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

Contenido de la presentación:

- ⊕ Presentar la misión, visión, objetivos, políticas e importancia del Programa de Mejoramiento de la Calidad.
- ⊕ Motivos y urgencia de un Proceso de Mejoramiento de la Calidad:
- ⊕ Conceptos fundamentales de la administración de la calidad.
- ⊕ Proceso de Mejoramiento de la Calidad.
- ⊕ Beneficios derivados de la implantación del proceso:

1.2 INTEGRAR EL COMITÉ DE CALIDAD

Objetivo

- ⊕ Integrar a las autoridades de la Unidad de Salud en comité de calidad.
- ⊕ Definir los cargos dentro de la Unidad de Salud, que integrarán el Comité de Calidad.

Integrantes del comité de calidad

- ⊕ El comité lo integran el Director de la unidad de salud y las personas que a él reportan en forma directa (las jefaturas); para el caso de la unidad de salud, estará integrado por la jefe de laboratorio clínico, jefe de enfermeras, coordinador de farmacia, coordinador de archivo, coordinador de odontología.
- ⊕ Los encargados de áreas que son claves en el proceso de consulta y cuya responsabilidad es amplia, se deben incluir en el comité de calidad.

Funciones del comité de calidad

- ⊕ Impulsar el conocimiento periódico de las necesidades de los usuarios y su nivel de satisfacción.
- ⊕ Efectuar análisis estratégico para determinar las áreas de oportunidad de mejora que tiene la institución.
- ⊕ Establecer los objetivos de mejoramiento que se deben alcanzar.
- ⊕ Involucrar y comprometer a las autoridades de salud (MSPAS) en conseguir altos niveles de calidad en sus servicios
- ⊕ Además de todas las responsabilidades que tiene el comité de calidad a lo largo de la implantación de las etapas del proceso de mejoramiento de la calidad, dichas

responsabilidades se determinan en cada paso perteneciente a cada etapa descrita mas adelante.

Funciones dentro del comité de calidad

1. Presidente

El Director de la Unidad de Salud, desempeñará esta función, y será el responsable de la implantación del Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

Responsabilidades:

- ⊕ Designar a los miembros del comité de calidad.
- ⊕ Elegir al coordinador del comité.
- ⊕ Determinar las reglas de funcionamiento del comité (frecuencia y duración de las reuniones)
- ⊕ Dirigir las actividades del comité.
- ⊕ Evaluar el grado en que el comité va cumpliendo con sus objetivos y funciones.
- ⊕ Autorizar el presupuesto requerido
- ⊕ Otorgar los reconocimientos a los esfuerzos realizados en pro de la calidad.

2. Coordinador

Este rol puede ser realizado por uno de los jefes de área integrantes del propio comité; o bien, puede asignarse el rol a otra persona (Empleado de la institución), que tenga

características personales y funcionales que faciliten la realización de las responsabilidades de este cargo.

Responsabilidades:

- ⊕ Dar orientación al comité respecto a conceptos, metodologías y herramientas de calidad, cuando surjan dudas o requerimientos de ayuda.
- ⊕ Planear, junto con el presidente las actividades para cada reunión del comité. El coordinador elabora la agenda de la reunión.
- ⊕ Asegurar que se cumplan todos los preparativos logísticos para la reunión del comité (lugar, equipo, material, etc.)
- ⊕ Tomar nota de todos los acuerdos, recomendaciones y compromisos que se den durante la reunión.
- ⊕ Elaborar la minuta de la reunión y distribuirla después de la reunión.
- ⊕ Llevar el archivo de todo el material generado por el comité.
- ⊕ Llevar el archivo de la información relacionada con el Proceso de Mejoramiento de la Calidad
- ⊕ Realizar el resto de actividades detalladas para el coordinador, en cada etapa del modelo de calidad.

3. Miembro del comité de calidad

Este rol lo desempeñan todos los integrantes del comité (jefes de áreas).

Responsabilidades:

- ⊕ Asistir puntualmente a todas las reuniones del comité.
- ⊕ Participar activamente en las reuniones.
- ⊕ Realizar las actividades que le sean asignadas por el comité.
- ⊕ Asegurar la implantación de las etapas y actividades del Proceso de Mejoramiento de la Calidad.
- ⊕ Ser el canal de información entre el área bajo su responsabilidad y el comité.

1.3 FORMULAR LA POLÍTICA DE CALIDAD

La política de calidad es el pronunciamiento formal en el que la dirección define con precisión lo que espera de todos los integrantes de la unidad de salud, respecto a la calidad de los servicios que han de ofrecerse.

Características que debe de tener la política de calidad

Ser aplicable a todas las personas y actividades de la organización, hacer referencia a los servicios que se brindan, fijar con precisión los requisitos de calidad a cumplir, ser breve y fácil de recordar, estar firmada por el Director de la Unidad de Salud.

Pasos para la formulación de la política de calidad

- ⊕ Tomar como base la misión de la institución.

Para este propósito, se propone que se actualice la misión que ya se tiene de la Unidad de Salud, incluyendo siempre las opiniones de todo el personal y en la que se tomen en cuenta estos elementos: quienes son, cual es la actividad de la institución, como llevan a cabo sus actividades (características del servicio y maneras de prestarlo), a quienes ofrecen sus servicios, que impacto causa la prestación de sus servicios.

- ⊕ Formular el texto de la política, buscando incluir en ella los elementos detectados en la misión; más los requeridos en la lista de características propias de la política de calidad.
- ⊕ Verificar si el texto de la política cubre con todos los requisitos.
- ⊕ Aprobar el texto de la política en el comité de calidad.

Difusión de la política de calidad

- ⊕ Conviene que la política de calidad se imprima en un medio que permita tenerla a la vista de todo el personal, en cada área de trabajo.
- ⊕ Es necesario imprimir la política en otro medio (cartulina, tríptico, etc.) adecuado para entregarla a cada empleado y que la conserve, de preferencia, en algún lugar visible.
- ⊕ Para dar a conocer formalmente la política de calidad, es necesario que su presentación se haga dentro de una reunión en la que se involucre a todo el personal.

1.4 ELABORAR EL PLAN DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El comité de calidad es el responsable de elaborar el plan de implantación del Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

Recomendaciones para la elaboración del plan

- ⊕ En el plan se podrán incluir algunas otras actividades que no estén contenidas en el modelo del proceso, pero que el comité juzgue convenientes.
- ⊕ Conviene que el coordinador del comité sea quien elabore la primera propuesta del plan, la cual se presente al comité para su discusión y aprobación.
- ⊕ La presentación del plan se puede realizar en una gráfica de Gantt o cronograma de actividades.
- ⊕ Contar, adicionalmente, con un plan mas detallado en formatos que incluyan columnas para especificar etapas, actividades, responsables y fechas de inicio y término (En anexo No. 11 se presenta un formato conteniendo el desarrollo del plan de implementación del proceso de mejoramiento de calidad)

2. ETAPA 2: INVESTIGACIÓN CON CLIENTES Y USUARIOS

Objetivo

Realizar investigaciones con clientes y usuarios internos y externos de la institución, a fin de conocer las expectativas

que tienen de los servicios que se les ofrece y evaluar su nivel de satisfacción.

2.1 APLICAR TÉCNICAS PARA QUE LOS CLIENTES EVALÚEN LA CALIDAD DEL SERVICIO

Técnicas de investigación con clientes

Para la unidad de salud se sugieren estas técnicas: Entrevista a grupo de opinión, encuestas, buzón de sugerencias, observación directa sobre "los momentos de verdad".

a) Entrevista a grupo de opinión (Focus Group)

El grupo de opinión, debe ser pequeño, de ocho a doce personas, seleccionadas entre los clientes o usuarios de la institución.

Los datos son muy valiosos como primer acercamiento al usuario y estos datos sirven para identificar ciertos atributos de calidad u otros temas que, posteriormente, necesitan ser validados con otras técnicas.

b) Encuesta

⊕ Para la formulación de las preguntas del cuestionario, es necesario recordar que hay que ponerse del lado del cliente; Preguntar lo que a él le interese.

⊕ El cuestionario debe ser sencillo de contestar, corto, con preguntas que capten los eventos más importantes del servicio de una consulta médica.

⊕ La encuesta se realizará cada seis meses o por lo menos cada año.

A continuación, se propone un formato, como ejemplo para implementar una encuesta:

ATRIBUTOS DE CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE

Indicaciones: Señale con una "X" la opción que mejor le parezca para cada uno de los atributos.

ATRIBUTOS DE CALIDAD	NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO			
	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
PUNTOS	1	2	3	4
1. NIVEL DE RESPUESTA: El personal tiene la voluntad para auxiliarlo y proporcionarle un servicio de manera rápida y ágil.				
2. COMPETENCIA: El personal tiene las habilidades y conocimientos para dar un buen servicio.				
3. CORTESÍA: El personal da un trato amable, son comprensivos y respetuosos con usted.				
4. CREDIBILIDAD: Usted confía en que la unidad de salud dará una buena respuesta a sus necesidades.				
5. ACCESO: Usted tiene la facilidad y confianza para acercarse al personal que brinda el servicio.				
6. COMUNICACIÓN: Los empleados de la unidad de salud le informan bien y usted comprende todo lo que ellos le dicen.				
7. COMPRENSIÓN: Los empleados se esfuerzan por conocerlo a usted, así como sus necesidades respecto al servicio.				
8. ASPECTOS TANGIBLES: El estado del edificio, del equipo médico, de materiales que utilizan cuando lo atienden.				
TOTAL DE PUNTOS				

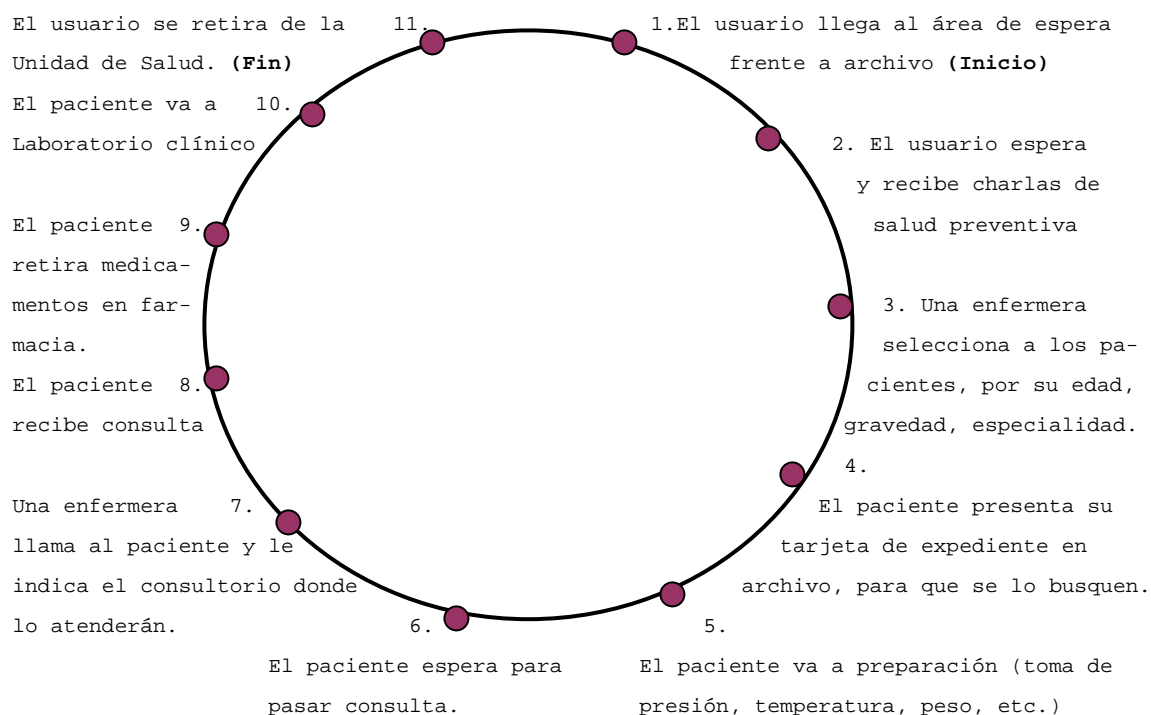
Para el formato anterior: "Atributos de calidad desde la perspectiva del cliente", se adaptó a la Unidad de Salud, la lista de dimensiones propuestas por los autores Valarie, Parasuraman y Berry, mencionados anteriormente. Se puede crear también, un formato con conceptos propios de la institución.

(La explicación de la tabulación del formulario anterior, se presenta en el anexo No.12; además del formato anterior, en el anexo No.5, se presenta otro cuestionario)

c) Observación directa sobre "Los momentos de verdad"

Como aplicación de esta técnica (observación), es necesario que se construya el ciclo del servicio de consulta externa, donde estén identificados los momentos de verdad por los que pasa el usuario y luego, especificar cuáles son los **requisitos** que se deben cumplir en cada momento de verdad, para que el cliente pueda evaluarlo como momento de calidad.

2.2 CICLO DE SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS



2.3 MOMENTOS DE VERDAD Y SUS REQUISITOS DE CALIDAD

1. El usuario llega al área de espera frente a archivo

Requisitos de calidad para un momento de verdad:

Saber escuchar al usuario, amabilidad, respeto, prontitud, orientación oportuna a los usuarios, espíritu de colaboración, saber mantener el orden.

2. El usuario espera y recibe charlas de salud preventiva***Requisitos de calidad para un momento de verdad:***

Facilidad de expresión, amabilidad, generar un ambiente de confianza, comunicación clara, precisa y sencilla, conocimiento del tema a impartir, cordialidad y respeto.

3. Una enfermera selecciona a los pacientes, tomando parámetros como: su edad, gravedad del padecimiento, especialidad.***Requisitos de calidad para un momento de verdad:***

Puntualidad, compromiso y responsabilidad hacia el trabajo, amabilidad, respeto, cortesía, espíritu de colaboración, brindar apoyo al médico, informar y orientar al usuario oportunamente, saber escuchar al usuario, paciencia y comprensión, saber mantener el orden, llevar un buen control de documentos, buenas relaciones interpersonales, buena utilización de los recursos, comunicación clara y sencilla.

4. El paciente presenta su tarjeta de expediente en archivo, para que se lo busquen, si no tiene expediente, presenta un papel que le ha dado la enfermera y da sus datos.***Requisitos de calidad para un momento de verdad:***

Atención oportuna, puntualidad, compromiso y responsabilidad hacia el trabajo, amabilidad, respeto, cortesía, espíritu de colaboración, propiciar un ambiente de confianza, informar y orientar al usuario oportunamente, saber escuchar al usuario,

paciencia y comprensión, saber mantener el orden y control de los documentos, buenas relaciones interpersonales, buena utilización de los recursos.

5. El paciente va a preparación (toma de presión, temperatura, peso, etc.)

Requisitos de calidad para un momento de verdad:

Amabilidad, cortesía, respeto, puntualidad, prontitud, mantener el orden, responsabilidad hacia el trabajo, concentración, espíritu de colaboración, buena utilización de los recursos, agilidad, comunicación clara y sencilla, buenas relaciones interpersonales.

6. El paciente espera para pasar consulta

Requisitos de calidad para un momento de verdad:

Limpieza, comodidad, mobiliario suficiente y en buen estado, proximidad al consultorio, buena orientación, señalización, suficientes basureros.

7. La enfermera llama al paciente y le indica el consultorio donde lo atenderán.

Requisitos de calidad para un momento de verdad:

Claridad en la comunicación, atención oportuna, compromiso y responsabilidad hacia el trabajo, amabilidad, respeto, cortesía, espíritu de colaboración, brindar apoyo al médico, propiciar un ambiente de confianza, informar y orientar al usuario

adecuadamente, paciencia y comprensión, saber mantener el orden, buenas relaciones interpersonales, llevar un estricto control y orden, habilidad para solucionar problemas.

8. El paciente recibe consulta médica

Requisitos de calidad para un momento de verdad:

Amabilidad, respeto, cortesía, paciencia, comprensión, compromiso y responsabilidad hacia el trabajo, puntualidad, propiciar confianza y autoestima al usuario, habilidad para comunicarse, brindar una buena información al usuario sobre su enfermedad, cuidado y medicamentos que le indica, profesionalismo, ética, espíritu de colaboración, buena utilización de los recursos (mobiliario, equipo, materiales)

9. El paciente retira medicamentos en farmacia

Requisitos de calidad para un momento de verdad:

Atención oportuna, prontitud, paciencia, responsabilidad en el manejo de las recetas, amabilidad, cordialidad, respeto, mantener el orden en los usuarios, comunicación clara y sencilla, orientación oportuna al usuario, buena utilización de los recursos.

10. El paciente va a laboratorio clínico

Requisitos de calidad para un momento de verdad:

Amabilidad, respeto, cordialidad, paciencia, buenas relaciones interpersonales, concentración, control estricto de los exámenes que realizan, responsabilidad, mantener el orden en los usuarios, propiciar un ambiente de confianza, espíritu de colaboración, atención oportuna, habilidades de comunicación.

11. El usuario se retira de la Unidad de Salud

Fin del proceso.

Se ha tratado de generalizar el proceso de consulta externa, para presentar la secuencia que se da mas comúnmente, sin embargo, para algunos pasos pueden surgir varias alternativas, o para determinados casos, suprimirse pasos. Este proceso con sus alternativas se puede ver más claramente en el anexo No. 13.

2.4 DIAGNOSTICAR EL NIVEL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Metodología

⊕ Una vez que se ha investigado, por diferentes medios, la opinión de los clientes, es necesario hacer una consolidación de la información, para tener una evaluación total de los servicios.

- ⊕ Con fundamento en los datos consolidados, se procede a ubicar los servicios en los que se requiere una mejora importante para elaborar los respectivos proyectos de mejora.
- ⊕ De tales servicios evaluados con problemas de calidad, se puede especificar la evaluación que recibieron en cada uno de los atributos sobre los que opinó el usuario.

3. ETAPA 3: MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

3.1 DETERMINAR LOS PROCESOS DE TRABAJO MÁS IMPORTANTES

- ⊕ El comité de calidad es el responsable de determinar aquellos procesos que deberán ser medidos y, posteriormente, mejorados, decidirá también, qué técnicas estadísticas emplear para medir cada proceso.
- ⊕ Para determinar los procesos prioritarios, es importante seguir los criterios siguientes:
 - Procesos que tienen un gran impacto para los usuarios: El proceso que se lleva a cabo en archivo, enfermería, la consulta médica y laboratorio.
 - Áreas relacionadas con la consulta externa, que resultaron con bajas evaluaciones por parte de los usuarios; de acuerdo a la investigación ya realizada: Archivo, laboratorio clínico, mantenimiento(limpieza), farmacia (existencia de medicamentos)

- Procesos en los que trabaja un gran número de personal de la institución; la consulta externa: personal de archivo, enfermeras, doctores, personal de farmacia, técnicos de laboratorio.
- Áreas que consumen un gran porcentaje del presupuesto operativo: la consulta médica en sí (sueldos de médicos y enfermeras), farmacia (por la inversión en medicamentos)
- Servicios que representan un gran valor para la institución en comparación con otras; consulta especializada: endocrinología, medicina interna, ginecología, pediatría, programas integrales.
- Procesos en las que se tienen frecuentes problemas dentro de la vida operativa de la institución: procesos no automatizados en archivo, falta de tecnología en laboratorio clínico, gestión de medicamentos para farmacia y de materiales y equipo para otras áreas.

3.2 ESTABLECIMIENTO DE ESTÁNDARES DESDE LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE

La siguiente matriz contiene un ejemplo de cómo establecer un estándar de calidad desde la perspectiva del cliente; esta estructura puede ser utilizada para establecer los propios estándares de la unidad de salud.

Problema Identificado (nivel de calidad actual):

50 % de los usuarios entrevistados, considera que la fase donde más lo entretienen, es en la espera antes de pasar consulta.

Justificación:

Esta situación crea gran insatisfacción en los usuarios y mucha presión en los médicos.

Estándar propuesto:

80 % de todos los usuarios serán atendidos dentro de un lapso de $\frac{1}{2}$ hora después de haber pasado por la fase de preparación.

Limitaciones para lograr el estándar:

Los usuarios se aglomeran en ciertos turnos y los médicos resultan insuficientes para atenderlos. Los usuarios no respetan la hora de cita asignada. Los expedientes no son manejados y ordenados eficientemente.

Meta:

50 % de los usuarios serán atendidos dentro de un lapso de media hora. Lograr el estándar antes de 01/01/05

ESTRUCTURA (¿Qué recursos se necesitan?)	PROCESO (¿Qué debería hacerse?)	RESULTADO (¿Cuál sería el resultado?)
Lineamientos a los usuarios sobre los servicios disponibles.	Educación e información a los usuarios sobre el uso correcto de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Correcto uso de los servicios (sólo los que necesitan la atención son atendidos y asisten en los diversos turnos) • Los usuarios respetan la hora de la cita.
Sistema de citas para los médicos de la consulta externa.	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos respetan y siguen la programación de las citas (son puntuales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Los médicos cumplen con el horario. • Los usuarios son atendidos oportunamente.

3.3 INDICADORES CLÁSICOS PARA ANALIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD

Indicadores de estructura:

1. Accesibilidad: Es la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud; ejemplos:

CATEGORÍAS	METODOLOGÍA
Accesibilidad económica	Pagos por atención, drogas y gastos de transporte (comparados con los salarios)
Accesibilidad organizacional (devida a la organización)	Tiempo de espera Número de rechazos

2. Disponibilidad: Es la relación entre los recursos existentes y la población a la cual están destinados.

Indicador: La disponibilidad se calcula dividiendo la cantidad de un determinado recurso por la población correspondiente;

Ejemplo: $\text{No. de médicos} / \text{población de referencia}$

Indicadores de proceso:

3. Actividades: Para cumplir los objetivos de una institución de servicios de salud, los recursos, tanto humanos como físicos, deben desempeñar determinadas funciones que se miden en términos de **actividades**.

Indicador: Es el número total de acciones desarrolladas durante un tiempo determinado y en un servicio estipulado.

RECURSOS	INDICADORES (según el tiempo)
Atención prenatal	Nº de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal
Consulta externa	Nº de atenciones dadas (de acuerdo al tipo, especialidad, etc.)

4. Productividad y rendimiento

- **Productividad:** Es el número de actividades realizadas por unidad de recursos **disponibles** por unidad de tiempo.
- **Rendimiento:** Es el número de actividades realizadas por unidad de recurso **utilizado** por unidad de tiempo.

Indicador: Cociente del número de actividades entre el tiempo disponible por recurso; Ejemplos:

Si se determina un tiempo promedio, para cada actividad específica, se puede calcular la productividad de cualquier trabajador de salud, dividiendo el tiempo usado en actividades específicas (que se calcula multiplicando cada actividad por el número de minutos que se dedica en promedio a cada una de ellas) por el número de días u horas contratadas para ella:

TS = Trabajador de Salud

Horas de trabajo = Horas contratadas

Actividades por TS por día =

(Nº de controles prenatales por año) + (Nº de consultas) + ...

Total número de días contratados por año

5. Uso:

Intensidad de uso o concentración: Es el número promedio de los servicios recibidos por cada usuario durante cierto período de tiempo.

Indicador: Se calcula dividiendo el número de unidades de servicios (o actividades) por el número de usuarios de los mismos; Ejemplos:

SERVICIO PRESTADO	INDICADOR (período de tiempo = 1 año)
Consulta Externa	Nº de consultas / Nº de consultantes
Control Prenatal	Nº de controles prenatales / Nº de embarazadas atendidas

Extensión de uso: Es la proporción de la población que utiliza un servicio determinado en un período de tiempo; Ejemplo:

SERVICIO PRESTADO	INDICADOR (período = 1 año)
Centro de salud	$\frac{\text{Nº de personas atendidas(usuarios)}}{\text{Población de referencia}}$

Es de resaltar, que el indicador para los servicios ambulatorios no es el número de consultas, sino el número de personas que consultan dividido por la población.

Frecuentemente, no es posible obtener datos sobre los que consultan por primera vez; por lo que, se usa el **número de consultas hechas por persona por año**.

6. Utilización: Es la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o por un servicio, por unidad de tiempo; ejemplos de indicadores cuantitativos de utilización:

RECURSO	INDICADOR
Consulta Externa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de horas trabajadas (reales)}}{\text{N}^\circ \text{ de horas contratadas}}$

Indicadores de resultados

7. Cobertura: Es la proporción de personas con **necesidades** de servicios de salud que recibe atención para tales **necesidades**. Indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita.

Indicador: La división del número de personas que hacen uso de un servicio, por el número de personas que tienen esas necesidades; Ejemplo:

SERVICIO	INDICADOR
Vacunación	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de niños vacunados}) \times 100}{(\text{N}^\circ \text{ de niños susceptibles})}$

8. Eficacia: Es el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo; Ejemplo:

SERVICIO	INDICADOR
Consulta externa	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de pacientes curados por patología}) \times 100}{(\text{N}^\circ \text{ de pacientes tratados por patología})}$

9. Eficiencia: Muestra la relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes de recursos (financieros, tiempo, humanos, insumos); Ejemplo:

SERVICIO	INDICADOR
Control de Tuberculosis	$\frac{\text{costo del programa}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes curados}}$

10. Efectividad: Se define como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de las mismas; Ejemplo:

ACTIVIDADES Y RESULTADOS	INDICADORES DEL CAMBIO DE:
Programas Materno - Infantil	Tasa de mortalidad materna, porcentaje de niños nacidos con bajo peso, prenatal, neonatal, tasa de incidencia de enfermedades del programa ampliado de inmunizaciones.

3.4 MATRIZ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

Este instrumento se ha diseñado para que de manera sencilla y secuencial se identifiquen indicadores de calidad relevantes y para las áreas prioritarias del propio contexto de cada lugar. Es decir, que el personal, será quien decidirá qué problemas requieren ser medidos.

Los elementos que se utilizarán en esta matriz son:

1. **Categoría:** Puede ser su misma estructura organizativa) Las categorías pueden ser: Atención médica, Servicios técnicos de apoyo, Enfermería, Servicios administrativos.
2. **Sub-categoría:** La división que puede haber dentro de cada categoría (departamentos, unidades, etc.) Por ejemplo:

Categoría	Sub-categoría
Atención médica	Consulta externa Hospitalización Urgencias Vacunación

3. **Variable:** El aspecto general del servicio (sub-categoría) seleccionado para la medición; Ejemplo:

Categoría	Sub-categoría	Variables
Atención médica	Consulta externa	Historia clínica Prescripción del tratamiento Educación al paciente Procedimientos diagnósticos

4. **Indicador:** el objetivo es la construcción de buenos indicadores de calidad que sirvan tanto para cuantificar problemas de salud, como para tomar acciones para superarlos.
5. **Definición operacional:** la expresión numérica de los indicadores (proporciones o razones). Un indicador presentado como razón contiene un numerador y un denominador.

A continuación se muestra un ejemplo con los elementos anteriores que se utilizarán en la matriz:

Categoría	Sub-categoría	Variables	Indicador	Definición operacional
Atención médica	Consulta externa	Historia clínica	% de expedientes con historia clínica completa	$\frac{\text{Nº de expedientes con historia clínica completa en un (tiempo determinado)} \times 100}{\text{(Total de expedientes) revisados en el mismo tiempo}}$

6. Definición del término: Es importante realizar una definición de la(s) palabra(s) clave(s) en el indicador, con el fin de unificar criterios en los participantes. Estas definiciones de términos evitará dificultades en fases posteriores para el establecimiento de sistemas de garantía de calidad.

7. Fuentes de información: ¿De dónde se obtienen los datos para la construcción del indicador?

8. Instrumentos y mecanismos: Incluye la técnica, las actividades, el período de tiempo (y frecuencia), los responsables para la recolección de la información, el análisis y la utilización de los datos.

Para completar la matriz, se añadirán las columnas de los elementos restantes:

MATRIZ PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN ACCIÓN						
Categoría:						
Sub-categoría	Variable	Indicador	Definición operacional	Definición del término	Fuentes de información	Instrumentos y mecanismos

El siguiente es un ejemplo de buenos indicadores de calidad, su definición operacional y las fuentes de información seleccionadas:

CATEGORÍA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTES DE INFORMACIÓN
Servicios técnicos de apoyo - farmacia	disponibilidad de medicamentos esenciales	$\frac{\text{número de medicamentos esenciales en farmacia en el período} \times 100}{\text{total de medicamentos esenciales en el período}}$	Inventario de medicamentos esenciales
Atención Médica	% de pacientes readmitidos dentro de 2 semanas	$\frac{\text{número de pacientes que regresan dentro de 2 semanas} \times 100}{\text{total de pacientes atendidos en las 2 semanas}}$	Registros de pacientes

En el caso de los servicios de salud, para el estándar de tiempo, y el indicador de actividades (que mide el total de acciones durante un tiempo determinado), se presentan los siguientes parámetros:

Tiempo por actividad (variable según unidad de salud y tipo de personal)

Control de crecimiento infantil:	10 minutos
Atención prenatal:	15 minutos
Consultas con programa:	15 minutos
Planificación familiar:	10 minutos

3.5 MEDIR EL COMPORTAMIENTO DE LOS PROCESOS

- ⊕ Esta medición se hará respecto a los estándares y los indicadores establecidos en la actividad anterior.
- ⊕ Cuando se tienen los datos de la medición realizada, se comparan éstos con el parámetro establecido como meta y evaluar qué tanto el proceso cumple estos parámetros.
- ⊕ Para la medición de los procesos, es conveniente aplicar técnicas estadísticas, como: Hoja de Registro o verificación, diagrama de Pareto, gráfica de Tendencia, etc.

Para la unidad de salud, se sugieren las siguientes:

Diagrama de causa y efecto; Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act); Método 5 W's y 2 H's, el cual es llamado así por las palabras en inglés que se utilizan: *what, why, where, when, who, how, how much*, que significa: *qué, por qué, dónde, cuándo, quién, cómo y cuánto*; Análisis de problemas; Árbol de causalidad.

En la unidad de salud se puede utilizar otras herramientas como: Diagrama de proceso, mapa organizacional del proceso, diagrama de flujo, matriz de actividades del proceso.

Estas herramientas permitirán detectar: Cantidad de actividades y tráfico de información entre clientes y proveedores de salud, para que se dé el servicio, número de unidades o áreas que intervienen en el proceso, fases del proceso en las que se ocasionan "cuellos de botella", entre otras actividades.

4. ETAPA 4: DETERMINACIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA

4.1 PROYECTOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD A IMPLEMENTAR.

Después de haber realizado un diagnóstico previo, se encontraron ciertas deficiencias en algunas áreas, que son sujetas al mejoramiento, entre las cuáles se destacan las siguientes para implementarlas en proyectos de mejoramiento:

PROYECTOS A IMPLEMENTAR DENTRO DE LA UNIDAD DE SALUD.

NOMBRE DEL PROYECTO	PERSONAL INVOLUCRADO	COORDINADOR(ES)	TIEMPO DE DURACIÓN APROXIMADO
1. Agilización del proceso de entrega de expedientes o tarjetas de citas a los pacientes.	Todo el personal de archivo.	Coordinador de Archivo	3 meses
2. Mejoramiento de los servicios de laboratorio	Todo el personal de laboratorio y médicos consultantes	Jefe de laboratorio clínico y personal médico de consulta externa	3 meses
3. Mejoramiento de la limpieza y señalización de las instalaciones de la unidad de salud.	Todo el personal de servicios generales y de limpieza, el personal en general y el comité de calidad.	Jefe de servicios generales y el comité de calidad y de gestión.	1 mes.
4. Mejora de Gestión de medicamentos del cuadro básico de salud.	El Director de la Unidad de Salud.	El director de la institución y el comité de calidad.	6 meses
5. Distribución del trabajo equitativamente en todas las áreas de la unidad de salud.	Todas las jefaturas de la institución.	El jefe de cada departamento debe redistribuir el trabajo y definir bien las funciones de	6 meses

		cada empleado.	
6. Implementación de técnicas y métodos para resolver conflictos entre compañeros de trabajo.	Todo el personal de la institución, incluyendo las jefaturas y los demás empleados, y con iniciativa del director.	El comité de calidad y la dirección deben difundir la idea a todos los niveles.	6 meses.
7. Implementar un programa bien estructurado de calidad en atención a los usuarios.	Comité de calidad, la dirección y las jefaturas.	El jefe de cada área será el encargado de difundir el programa en cada área de trabajo.	1 año.
8. Formulación de una filosofía institucional bien estructurada que contenga misión, visión, valores, objetivos, políticas y estrategias que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales proyectados.	Todo el personal.	El director de la unidad de salud, las jefaturas y el comité de calidad.	1 mes.

4.2 ACTIVIDADES A REALIZAR PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PROYECTOS DE MEJORA.

PROYECTOS DE MEJORAMIENTO ACTIVIDADES A REALIZAR:

1. Agilización del proceso de entrega de expedientes o tarjetas de citas a los pacientes.

1. Reorganización del departamento, a través de la utilización de diferentes métodos y técnicas de organización del trabajo, tales como:

- Gestión de computadoras, con sistema mecanizados de programación de citas y elaboración de expedientes, para la agilización de los tramites a los usuarios.
- Depurar los expedientes de los pacientes que se encuentran inactivos, o que han fallecido, o que tienen años de no consultar, a través de los diferentes métodos existentes de depuración.
- Organizar el espacio físico de archivo, ordenando el área y facilitando espacios para nuevos expedientes que se encuentran activos.
- Selección de expedientes que se encuentran activos, para organizarlos en un espacio donde se ubiquen con mayor facilidad.
- Capacitación al personal, en la utilización del nuevo sistema y en relaciones interpersonales, para que atiendan de una manera más adecuada a los pacientes.
- Compromiso de la jefatura de archivo, en el mejoramiento y agilización de elaboración de los expedientes a los pacientes. Y que sirva de orientador y guía en la nueva etapa de implantación de un mejor servicio con calidad.

2. Mejoramiento de los servicios de laboratorio

- Cooperación de médicos, en realizar una programación más selectiva de los usuarios a los que se les indicará la realización de exámenes de laboratorio.

- Crear cupos de exámenes exclusivamente para usuarios de la zona de San Marcos, para que no se sobresaturen el cupo de la capacidad instalada del laboratorio.
- Solicitar la contratación de un técnico en laboratorio más.
- Referir al hospital del SIBASI correspondiente, a los casos que no se logren cubrir en la demanda, pero que ameriten el servicio.
- Realizar alianzas estratégicas con laboratorios privados que puedan prestar el servicio a un precio razonable y accesible para los usuarios que necesiten exámenes. A los pacientes que los doctores consideren que tienen la capacidad de pagarlo.

3. Mejoramiento de la limpieza y señalización de las instalaciones de la unidad de salud.

- Mejorar la gestión de materiales y productos que se utilizan para la limpieza y contar con lo necesario para mantener en óptimas condiciones higiénicas todas las instalaciones.
- Reparar las instalaciones de los baños para que estén disponibles al público, y en condiciones adecuadas para el uso.
- Realizar campañas de mantenimiento preventivo de las instalaciones de forma periódica para que se conserven en buenas condiciones.
- Realizar una campaña de señalización y orientación de todas las áreas de la institución, para favorecer a los usuarios

que utilizan por primera vez los servicios de salud, para que no existan confusiones, retrasos e inconvenientes.

4. Mejora de Gestión de medicamentos del cuadro básico de salud.

- Cambio de actitud de las jefaturas, para la solicitud y gestión de los recursos necesarios de medicamentos en el cuadro básico de salud a las instituciones correspondientes.

- Gestionar recursos por otros medios, como ONG'S, embajadas, instituciones de carácter social, y otras entidades que colaboren en donación de medicamentos para la institución.

- Organizar a la comunidad a través del patronato para recaudar fondos a través de la realización de actividades, que ayuden a la adquisición de medicamentos de beneficio comunitario.

- Realizar alianzas estratégicas con los laboratorios, farmacias, y otros, a través de visitadores médicos y entidades afines, que ofrezcan cupones de descuento de medicamentos, o descuentos que beneficien a los usuarios para facilitar la adquisición de ciertos medicamentos.

- Realizar un chequeo semanal, un día diferente por semana en farmacia para verificar las existencias de medicamento.

Lista de Chequeo para medicamentos esenciales:

¿Están los siguientes medicamentos esenciales en la farmacia?

UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS		
FECHA :		
1. Ampollas de cloroquina	si	no
2. Tabletas de cloroquina	si	no
3. Ampollas de penicilina cristalina	si	no
4. Ampollas de penicilina procaínica	si	no
5. Tabletas de ácido fólico	si	no
6. Sales de rehidratación oral	si	no
7. Solución salina	si	no
8. Ampollas de ergometrina	si	no
9. Tabletas de paracetamol	si	no
10. Tabletas de mebendazol	si	no
11. Tabletas de metronidazol	si	no
12. Ampollas de aminofilina	si	no
13. Ampollas de insulina	si	no
14. Adrenalina IM/IV	si	no
15. Ampollas de valium	si	no

Mecanismos:

¿Cómo? - Con el instrumento anterior.

¿Dónde? - Chequear en farmacia.

¿Cuándo? - Por 5 semanas, un día diferente de cada semana.

¿Quién? - El farmacéutico.

5. Distribución del trabajo equitativamente en todas las áreas de la unidad de salud.

Actividades a realizar:

- Reorganización y distribución equitativa del trabajo, a través de las jefaturas, y de acuerdo al puesto de trabajo.
- Redefinición de funciones y procesos en los puestos de trabajo, con la participación del comité de calidad, de manera que exista una equitativa participación por puesto de trabajo y que exista mejor organización, y que no se saturen a unos puestos de trabajo y a otros no.
- Colaboración de las jefaturas en la definición de las tareas y labores del personal, con la ayuda del comité de calidad.
- Capacitación integral de todo el personal por áreas de trabajo, de manera que estén capacitados para ejercer adecuadamente sus funciones, y que cada quien realice su trabajo en el momento, lugar y tiempo preciso.

6. Implementación de técnicas y métodos para resolver conflictos entre compañeros de trabajo.

Actividades a realizar:

- Compromiso de la dirección y de las jefaturas en colaborar como mediadores y responsables de solucionar todas aquellas diferencias de opinión entre empleados y entre todo el personal a su cargo.

- Impartir un seminario taller organizado por el comité de calidad, relacionado con el aprendizaje de técnicas y métodos para resolver conflictos.

7. Implementar un programa bien estructurado de calidad en atención a los usuarios.

Actividades a realizar:

- Diseño de un programa de calidad para la unidad de salud, con la participación y consenso de la dirección, comité de gestión y calidad para mejorar la atención de los usuarios.
- Realizar proyectos de mejora en el área de archivo, laboratorio y consulta externa de acuerdo a las sugerencias por parte de los usuarios y que exprese el tipo de atención que esperan en la consulta.

8. Formulación de una filosofía institucional bien estructurada que contenga misión, visión, valores, objetivos, políticas y estrategias que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales proyectados.

- Realizar una reunión con todo el personal de la unidad de salud, para la elaboración de una nueva filosofía institucional enfocada a brindar un servicio con calidad a los usuarios con la participación de todos los empleados.
- Después de elaborada la nueva filosofía institucional, hacerla del conocimiento público tanto de empleados como de usuarios.

4.3 ASIGNAR PERSONAL ESPECIALIZADO O EQUIPOS DE CALIDAD, A LOS PROYECTOS DE MEJORA.

Una vez que se tienen determinados los proyectos de mejora, es necesario que los miembros del comité de calidad, se den a la labor de asignar a personal especialista en los servicios involucrados en el proyecto, o al personal que pueda trabajar como "equipo de calidad en dicho proyecto".

Las formas en las que se puede asignar personal a un proyecto de mejora son las siguientes:

a) **Personal especialista:** este caso se aplica cuando el objetivo del proyecto puede ser perfectamente cumplido con la intervención de una sola persona que domina las tareas involucradas. Para el caso, se requerirá de una persona especialista en calidad para brindar la capacitación a las jefaturas, ya sea un consultor especialista o una persona con dominio en el tema.

b) **Equipo de Calidad:** en este caso, también se hará uso de este, ya el objetivo del proyecto involucra a varias personas y áreas de la unidad de salud.

Cuando se utiliza el equipo de calidad para llevar a cabo los proyectos de mejora, se tienen que tener en consideración las siguientes recomendaciones:

➡ Designar a personas que dominen los procesos y servicios a los que se dirige el proyecto.

- ☛ El número de participantes no debe ser mayor de 7 personas.
- ☛ Buscar que entre los participantes del equipo se tenga el dominio más amplio de los aspectos técnicos requeridos por el proyecto.
- ☛ Designar a uno de los participantes como líder del equipo, que goce de reconocimiento técnico, que facilite la participación, que tenga facilidad de comunicarse y que propicie el cambio.

4.4 ACCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD

Las siguientes acciones pueden ser utilizadas para obtener resultados positivos en el mejoramiento de la calidad, a partir de los recursos existentes:

1. **Organizar un equipo de "Calidad en Acción"** en la unidad de salud o departamento que apoye a la dirección en el fortalecimiento de la cultura de calidad, y en la implementación de un sistema de Garantía de Calidad con mediciones periódicas para monitorear la calidad y poder estar solucionando problemas identificados que afectan la calidad. Para mejorar la calidad se necesitan esfuerzos en grupo y no individuales.
2. **Enfoque al cliente**, esto es fundamental para mejorar la calidad. Optar por el "enfoque al cliente" en todos los servicios que se presten.

3. **Divulgar los resultados** de las encuestas de calidad y de satisfacción. El poder que tiene esta información se multiplica cuando se da a conocer a todo el personal y a la población. Presentar los resultados de forma sencilla para que todos puedan entenderlos.
4. **Prioridad** al analizar los problemas de calidad que se identifiquen en la encuesta para definir las soluciones y sus respectivas acciones.
5. **Establecer programas de motivación e incentivos**, estos últimos no necesariamente deben ser económicos, ya que la competencia sana ha demostrado tener un gran efecto. Dar premios a los mejores empleados en forma de certificados, menciones honoríficas, becas para estudios muestran una gran efectividad.
6. **Definir estándares de calidad**, comunicarlos a todo el personal y en forma participativa acordar metas para el cumplimiento de los estándares.
7. **Utilizar la creatividad**, proponer ideas de planes de acción a ejecutar, pero haciéndolos y actuando. No paralizar la acción justificando por más análisis, no ser burocrático. Actuar ante todo es clave.
8. **Involucrar a la comunidad**, hacerles ver el interés por servirles mejor y con calidad.

9. **Comunicación**, es clave, pero no hacer promesas que no se puedan cumplir. Sinceridad con el personal y con la comunidad. Utilizar póster, mensajes pre-grabados, volantes, etc., para comunicar al personal y la comunidad las intenciones de mejorar la calidad y la colaboración que se espera para hacer las cosas mejor. Demostrar que se está comprometido con la calidad.
10. **Flexibilidad**, esto quiere decir que si se proponen una meta, ser riguroso con ese compromiso, intentando con diversas acciones, pero si la meta se torna imposible, ser flexible y reprogramarla, ser realista.

5. ETAPA 5: CONCIENTIZACION DEL PERSONAL RESPECTO A LA CALIDAD.

OBJETIVOS:

- Conseguir que el personal comprenda la necesidad que tienen la institución de conseguir altos nivel de calidad en todo lo que hace, a fin de poder prosperar dentro de un ambiente altamente competitivo.
- Promover que el personal se comprometa a realizar con calidad todos sus trabajos.

5.1 INVOLUCRAR AL PERSONAL EN EL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

5.1.1 Objetivo.

- Dar a conocer al personal la decisión de la dirección de implantar el Proceso de Mejoramiento de la Calidad, e incentivarlo a que participe de forma comprometida en este proyecto.

5.1.2 Metodología.

- Para conseguir este objetivo, es recomendable realizar una o varias reuniones con todo el personal de la organización.
- Esta reunión deberá ser presidida por los miembros del comité de calidad y del comité de gestión.

5.1.3 Contenido de la Reunión.

- Bienvenida por parte del director de la unidad de salud.
- Explicación del objetivo y temas de reunión
- La calidad como una prioridad
- Compromiso de la dirección por conseguir calidad en todo lo que se hace en la organización
- La calidad se logra solo con el compromiso de todos.
- La política de calidad
- Proceso de mejoramiento de la calidad
- Esquema de cómo se irá dando la participación de todos en el proceso de mejoramiento de la calidad
- Beneficios que se obtendrán con el esfuerzo por la calidad

- Exhortación de la dirección por estimular el compromiso de todos por la calidad.
- Entrega de una copia de la política de calidad al personal
- Cierre de la reunión.

5.2 PROPORCIONAR UNA INDUCCIÓN A LA CALIDAD A TODO EL PERSONAL.

5.2.1 Objetivos.

- Promover que el personal reflexione sobre la importancia que tienen la calidad en la realización de su trabajo diario.
- Unificar comprensión entre todo el personal, sobre los conceptos básicos de calidad.

5.2.2 Metodología

- Estos objetivos se consiguen realizando el curso de "Inducción a la calidad" con todo el personal de la organización, e impartido por cada una de las jefaturas dirigida a sus respectivos empleados; tomando como base la inducción recibida en la etapa 1.

5.3 REALIZAR REUNIONES SOBRE TEMAS DE CALIDAD

5.3.1 Objetivo

- Contar con un procedimiento que impulse y facilite a los jefes a realizar pláticas periódicas con su personal, en las cuales se comenten temas relacionados con la calidad.

5.3.2 Metodología

- El comité de calidad, será responsable de proponer periódicamente (cada mes) una lista de temas relacionados con la calidad que se estén necesitando reforzar entre los miembros de todas las áreas de la institución, dichos temas pueden ser consultados en revistas, libros, Internet, o con personal calificado para poder ser utilizado.
- El tema que se elija y la información que los sustenta, deben ser distribuidos por los jefes cuando la reunión este próxima a programarse.
- Los jefes deben estar comprometidos en estudiar y analizar el material que se impartirá y posteriormente dar la exponencia.
- La jefatura que brindará la charla, debe de esquematizar las ideas claves del contenido a impartir.
- Cada jefe realizará una reunión breve con su personal, en el cual expondrá las ideas del tema de calidad. Durante la charla, es importante que cada jefe estimule con preguntas abiertas la participación del personal. Lo recomendable, es que en los casos en que se encuentren algunos puntos aplicables al trabajo, el jefe consiga que se lleven a la práctica.

6. ETAPA 6: CAPACITACIÓN PARA LA CALIDAD.

6.1 REFORZAR EL LIDERAZGO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD.

6.1.1 OBJETIVOS:

- Comprender que la calidad juega un papel estratégico para que la institución preste un buen servicio a la población consultante y ver que se cumpla la función y razón de existencia, que sería brindar servicios de salud integrales y eficientes.
- Comprender los principios de la administración de la calidad
- Identificar las etapas y acciones necesarias para aplicar el Proceso de Mejoramiento de la calidad en la institución.
- Reflexionar sobre las nuevas habilidades que debe mostrar el líder para impulsar el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

6.2 DESARROLLO DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.

6.2.1 Metodología a utilizar

A quien estará dirigida: a todo el personal de la institución, pero primero serán capacitados todas las jefaturas y el director para que posteriormente, las jefaturas capaciten a los demás empleados bajo su cargo.

En que lugar se impartirá: para impartir dicha capacitación, se requiere de un local que tenga las condiciones adecuadas para que pueda brindarse dichos seminarios, y por no contar dentro de la institución con un espacio adecuado para esto, se tiene que realizar en un local externo a la institución.

Periodo de duración : aproximadamente se impartirá en un lapso de 7 sábados. En horarios de 8:00 a.m. a 12:00pm, con un receso de 15 minutos a media jornada.

Fecha en que se asistirá: debido a la incremental demanda de la población de servicios de salud, y por el poco tiempo, se ha determinado que se realice los sábados, y que se programe rotativamente la asistencia del personal que recibirá la capacitación.

Certificados de asistencia

La entrega de diplomas o certificados de asistencia a los participantes es recomendable sólo a los participantes que cumplan con el programa completo durante la capacitación, (asistencia total), y con las tareas asignadas después del mismo (compromisos).

Aspectos fundamentales después de las capacitaciones

Un factor importante es ser un agente multiplicador del conocimiento que favorezca a la unidad de salud, debe mencionarse a los involucrados en los eventos de capacitación, que el compromiso que adquieren para multiplicar los contenidos y metodologías aprendidas al resto del personal de las instituciones que representan o de los niveles inferiores (capacitación en cascada). Se resalta que además del aprendizaje de conocimientos, los participantes al final de las capacitaciones, estarán en capacidad de conducir las réplicas de

los talleres. Por tal motivo, debe tenerse en cuenta la necesidad de utilizar diversos métodos de enseñanza y de seleccionar los contenidos apropiados según el nivel seleccionado y el perfil de los participantes.

Qué métodos didácticos se utilizarán

Durante la capacitación se usarán varias técnicas didácticas orientadas al fortalecimiento del verdadero trabajo en equipo interdisciplinario con el fin de superar grandes dificultades, estas técnicas son:

- Introducciones y presentaciones por parte del facilitador
- Sesiones de "lluvias de ideas" basados en el sentido común y experiencia de los participantes
- Trabajos en grupo y presentaciones en plenaria
- Ejercicios prácticos con base en datos reales
- Lectura de textos
- Juegos didácticos y dinámicas de grupos

6.3 RECURSOS A UTILIZAR

6.3.1 Recursos Humanos

La Dirección de la Unidad de Salud, debe buscar un facilitador, ya sea, proveniente de una compañía consultora o un profesional independiente con experiencia y dominio comprobable en los temas de calidad, además de tener experiencia en capacitaciones. La dirección también, debe designar a dos empleados para que

coordinen las actividades relacionadas con el seminario, como manejo y distribución de papelería y materiales a utilizar, refrigerios, control de asistencia, impresión y distribución de diplomas de participación.

6.3.2 Recursos Técnicos

La Dirección debe evaluar las alternativas de realizar el seminario en las instalaciones de la unidad de salud o buscar un local idóneo fuera de ahí, lo que sería más conveniente, si pudiera obtener los recursos suficientes, ya que, no se producirían interrupciones, habría mejores condiciones, se mantendría mejor atención y concentración por parte de los asistentes, pues se buscaría un lugar propicio para capacitaciones o conferencias (Para la realización del presupuesto, se asumirá que se alquilará un local externo)

Se debe buscar, también, medios audiovisuales como retro-proyector o cañón, ya que estos facilitan la asimilación de lo que se impartirá.

6.3.3 Recursos Materiales

A fin de facilitar el desarrollo del seminario, se utilizará: Pizarra acrílica, plumones, papelería, material impreso, lápices, etc.

6.3.4 Recursos Financieros

Se sugiere que para la obtención de fondos para este seminario, así como para la capacitación del resto del personal, se recurra a solicitar donaciones a entidades nacionales o extranjeras que estén interesadas en contribuir al mejoramiento de la salud y al desarrollo de sectores vulnerables. Para solicitar esta ayuda, es necesario presentar los gastos que se generarán, a través de un presupuesto.

La Dirección de la Unidad de Salud debe gestionar con el Ministerio de Salud, para ver si le puede brindar algún apoyo, se sugiere que recurra también, al INSAFORP, en caso que pudiera ofrecer la capacitación.

6.4 PRESUPUESTO PARA EL SEMINARIO

⊕ Recursos Humanos

- 1 facilitador
- 2 coordinadores
- 5 participantes (se incluyen el Director y 4 jefaturas)

⊕ Recursos Materiales

Se utilizará papelería para las evaluaciones, solución de casos y otras actividades dentro del seminario, para lo que se destinará: \$0.52. a cada participante se le dará 1 lápiz, 1 lapicero, 1 libreta de notas, 1 folleto con los temas del

seminario y como estímulo para los coordinadores, también se les dará el mismo material. Al facilitador se le dará 4 plumones de diferentes colores, 1 lapicero, 1 borrador para pizarra, 1 fólder y material impreso con los temas del seminario.

Se asignará dinero, también para el material y la impresión de los diplomas y para los refrigerios. Se hará un desembolso de \$51.43 por día, para alquiler del local y para el alquiler del proyector, de \$2.57 por hora.

El cálculo de los gastos es el siguiente:

⊕ **Recurso Humano**

- **Facilitador:** (que ganará \$23.00 por hora)

4 horas x 7 días x \$23.00 = \$644.00 ----- \$644.00

- **Coordinador:** (viáticos de \$3.00 por cada sábado)

\$3.00 x 7 días = \$21.00 x 2 coordinadores ----- \$ 42.00

Total de Recurso Humano \$686.00

⊕ **Recursos Materiales**

ARTÍCULO	CANTIDAD	PRECIO (\$)	TOTAL / EVENTO(\$)
Papelería	-----	\$0.52	\$0.52
Lápices	7	\$0.09	\$0.63
Lapiceros	8	\$0.20	\$1.60
Libretas de notas	7	\$0.57	\$3.99
Folletos	8	\$0.70	\$5.60
Impresión de material	1	\$3.20	\$3.20
Plumones	4	\$1.05	\$4.20
Borrador para pizarra	1	\$1.68	\$1.68
Fólder plastificado	1	\$0.63	\$0.63
Diplomas	5	\$0.35	\$1.75
Total de recursos materiales			\$23.80

⊕ **Otros Gastos**

▪ Refrigerios

8 personas x \$1.03 (valor de c/ refrigerio) x 7 días = \$ 57.68

▪ Alquiler de local

\$51.43 (alquiler por día) x 7 sábados = \$360.01

▪ Alquiler de retro-proyector:

\$2.57 por hora x 4 horas x 7 sábados = \$ 71.96

Total de Otros Gastos = \$489.65

⊕ **Imprevistos**

Se considerará un incremento, en concepto de imprevistos, el cual se calculará aplicando un 3% al monto de recursos humanos, materiales y otros gastos, así:

(Gastos en recurso humano + gastos en recursos materiales + otros gastos) x 0.03 = **Gastos por imprevistos**

(\$686.00 + \$23.80 + \$489.65) x 0.03

\$1199.45 x 0.03 = **\$ 35.98**

⊕ **Cuadro Resumen**

RECURSOS	GASTOS
• Recursos humanos	\$686.00
• Recursos materiales	\$ 23.80
• Otros gastos	\$489.65
• Imprevistos	\$ 35.98
Inversión total del seminario	\$1235.43

6.5 DESCRIPCIÓN DEL SEMINARIO DE CAPACITACIÓN

PRIMER SÁBADO			
CONTENIDO	TIEMPO (MINUTOS)	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
• Inauguración	15	Acto de apertura y presentación	Director y facilitador
• Introducción	15	Ambientación e información general	Facilitador
• Vivimos en un entorno difícil	15	Exposición	Facilitador
• Características comunes de organizaciones con éxito	30	Exposición	Facilitador
• La calidad es una demanda ineludible	35	Exposición	Facilitador
Receso y refrigerio	15		Coordinadores
• Evolución del enfoque sobre la calidad	90	Exposición	Facilitador
• Preguntas y respuestas	25	Discusión	Facilitador y participantes
Total de horas	4 Hrs.		
SEGUNDO SÁBADO			
CONTENIDO	TIEMPO (MINUTOS)	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
• Introducción	15	Información general	Facilitador
• Diferentes conceptos sobre la calidad	120	Exposición	Facilitador
Receso y refrigerio	15		Coordinadores
• Conceptos básicos de la mejora de la calidad	60	Exposición y dinámicas	Facilitador
• Preguntas y respuestas	30	Discusión	Facilitador y participantes
Total de horas	4 Hrs.		
TERCER SÁBADO			
CONTENIDO	TIEMPO (MINUTOS)	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
• Introducción	10	Información general	Facilitador
• Fundamentos de la administración de la calidad	75	Exposición	Facilitador

• Dirección para la calidad	60	Exposición	Facilitador
Receso y refrigerio	15		Coordinadores
• Trabajo en equipo	60	Exposición y de grupo	Facilitador
• Preguntas y respuestas	25	Discusión	Facilitador y participantes
Total de horas	4 Hrs.		
CUARTO SÁBADO			
CONTENIDO	TIEMPO (MINUTOS)	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
• Introducción	15	Información general	Facilitador
• Proceso de mejoramiento de la calidad	95	Exposición	Facilitador
Receso y refrigerio	15		Coordinadores
• Conceptos básicos de calidad en el servicio	90	Exposición	Facilitador
• Preguntas y respuestas y examen corto	30	Discusión y evaluación	Facilitador y participantes
• Clausura	15	Entrega de diplomas	Facilitador y coordinadores
Total de horas	4 Hrs.		
QUINTO SÁBADO			
CONTENIDO	TIEMPO (MINUTOS)	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Mejoramiento de la Calidad en la que intervienen equipos de calidad	20	Exposición	Facilitador y participantes
Importancia que tienen los equipos de calidad	20	Discusión de todos los participantes.	Facilitador
Receso y refrigerio	15		Coordinadores
El triangulo de la mejora continua	25	Exposición y dinámicas	Facilitador
Etapas de un proyecto asignado a un equipo de calidad	45	Caso practico y exposición oral.	Facilitador y participantes
Etapas de preguntas y respuestas y una evaluación practica.	25	Evaluación y discusión grupal	Facilitador
Método para detectar, medir, analizar y solucionar problemas de calidad	25	Exposición	Facilitador
Roles y actividades relacionadas con los equipos de calidad	10	Exposición y dinámica	Facilitador y participantes

Actitudes y conductas necesarias en el líder para facilitar el trabajo de equipo de calidad	10	Exposición y dinámicas de grupo	Facilitador
Reglas para el buen funcionamiento del equipo de calidad	15	Lectura de un caso practico.	Facilitador
Recomendaciones para los equipos de calidad.	20	Discusión y exposición	Facilitador
Clausura	10	Entrega de diplomas	Facilitador y coordinadores
Total de horas	4 horas		
SEXTO SÁBADO			
CONTENIDO	TIEMPO (MINUTOS)	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Introducción a los métodos para detectar, medir, analizar, y solucionar problemas de calidad.	20	Exposición	
Técnicas y herramientas: Diagnostico Tormenta de ideas	30	Lectura de un caso practico y discusión	
Receso y refrigerio			Coordinadores
Diagrama de flujo	30	Exposición	Facilitador
Medición Hoja de registro Diagrama de Pareto	30	Exposición y desarrollo de casos prácticos	Facilitador
Diagrama de dispersión	25	Exposición	Facilitador
Histograma	25	Lectura de caso practico y aplicación	Facilitador
Grafica de tendencia	20	Exposición	Facilitador
Diagrama de control	20	Exposición	Facilitador
Discusión de Preguntas y respuestas	30	Exposición y dinámica	Facilitador y Responsables
Clausura	10	Entrega de diploma	Facilitador y coordinadores
Total de horas	4 horas		
SÉPTIMO SÁBADO			
CONTENIDO	TIEMPO (MINUTOS)	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Diagrama de causa-efecto	20	Exposición y discusión	Facilitador
Método C.E.D.A.C	20	Exposición	Facilitador
Receso y refrigerio	15		Coordinadores
Etapas para un proyecto de	25	Exposición y	Facilitador

mejoramiento de la calidad. Introducción		discusión de caso practico	
Programa inicial del proyecto	25	Discusión y lectura	Facilitador y participantes
Aplicación de las técnicas y herramientas estadísticas	30	Exposición y lectura de caso practico	Facilitador
Elaboración del plan de acciones de mejora	30	Caso practico a resolver	Facilitador y participantes
Implantación del plan de acciones de mejora	30	Exposición	Facilitador
Presentación de resultados de la mejora	30	Exposición	Facilitador
Clausura	15	Entrega de diploma de participación en todo el curso	Facilitador y coordinadores.
Total de horas	4 horas		

7. ETAPA7: SEGUIMIENTO Y CERTIFICACIÓN DE MEJORAS

7.1 OBJETIVOS:

1. Asegurar que se dé seguimiento preciso a todas las etapas y actividades del proceso de Mejoramiento de la Calidad.

2. Evaluar los logros obtenidos con los esfuerzos por la calidad.

3. Registrar las actividades y resultados obtenidos con el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

4. Registrar las actividades y resultados obtenidos con el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

7.2 DAR SEGUIMIENTO A LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

7.2.1 Objetivo

Garantizar que el Proceso de Mejoramiento de la Calidad se vaya implantando en toda la organización, de acuerdo al plan originalmente establecido.

7.2.2 Responsabilidad

El comité de calidad es el responsable de llevar el seguimiento de todas las etapas y actividades del Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

7.2.3 Metodología

Periódicamente (se recomienda una periodicidad bimestral), presentar en sesión del comité de calidad, un reporte del avance de actividades en las etapas que se vayan cubriendo del Proceso de Mejoramiento de la Calidad; las cuales detallen las fechas y responsables en el plan de implantación del proceso. Este reporte puede ser elaborado por el secretario de comité.

Si es necesario, se toman las decisiones o recomendaciones pertinentes para asegurar el cumplimiento del plan del proceso.

7.3 DAR SEGUIMIENTO A LOS PROYECTOS DE MEJORA

7.3.1 Objetivo

Estimular que todos los proyectos de mejora de la calidad se implanten.

7.3.2 Responsabilidad

El comité de calidad es el responsable de dar seguimiento a todos los proyectos que se hayan generado durante el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

7.3.3 Metodología

- El comité requiere solicitar oportunamente la presentación de los proyectos asignados durante la etapa 4 del Proceso de Mejoramiento de la Calidad.
- El comité debe autorizar la implantación de las acciones de mejora derivadas de dichos proyectos.
- El comité solicitará que se le presenten los resultados obtenidos con la implantación de los proyectos.
- Es conveniente que en cada sesión que tenga el comité, el coordinador, haga un reporte sobre el estado de avance que se lleva en cada uno de los proyectos asignados, ya sea a especialistas o a equipos de calidad.

7.4 REPORTAR Y ATENDER PROBLEMAS DE SOLUCIÓN INMEDIATA

7.4.1 Objetivo

Contar con un procedimiento que capte las sugerencias del personal, las cuales detalle los problemas y se encuentren soluciones de manera oportuna.

7.4.2 Problemas que se atenderán en este procedimiento

- Todos los problemas reportados por el personal de la organización que, después de un breve análisis, se juzgue que pueden ser solucionados con acciones inmediatas.
- Cuando se reporte dentro de este procedimiento, un problema que, después de un análisis, resulte ser complejo, deberá ser canalizado al comité para que reciba el tratamiento de un proyecto de mejora, y sea asignado a un especialista o a un equipo calidad.

7.4.3 Metodología

1. Inicio

La persona que identifica el problema y hace la sugerencia de mejora, requiere realizar las siguientes actividades:

- Identificar el problema.
- Analizar sus causas.
- Proponer soluciones.

- Presentar y comentar la situación y sugerencias a su jefe inmediato.

2. Evaluación de la sugerencia

El director de la unidad de salud y el jefe inmediato de la persona que dio la sugerencia, evalúan la aplicabilidad de dicha sugerencia.

Si la sugerencia es adecuada, deciden las acciones necesarias para que se lleve a cabo y los responsables de realizarlas.

3. Evaluación de los resultados

El director y el jefe de quien dio la sugerencia, verifican si el problema quedó solucionado.

Si el problema aún subsiste, se vuelve al paso de evaluar la sugerencia de solución, a fin de proponer otras acciones.

7.5 EVALUAR LOS LOGROS CONSEGUIDOS

7.5.1 Objetivos

- Certificar las mejoras conseguidas durante del Proceso.
- Evaluar el impacto de los resultados conseguidos.

7.5.2 Responsabilidad

El comité de calidad es el responsable de certificar y evaluar los resultados alcanzados.

7.5.3 Metodología

- El comité deberá juzgar si los problemas de calidad a los que se enfocaron los proyectos de calidad y las sugerencias del personal han quedado solucionados y en qué grado.
- La certificación de una mejora queda registrada en el momento en el que el comité está de acuerdo en que determinado problema ha quedado satisfactoriamente solucionado.

7.6 REGISTRAR LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS DEL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

7.6.1 Objetivo

Conservar la información necesaria para mantener una memoria de las actividades que se van realizando durante la implantación del Proceso de Mejoramiento de la Calidad, así como de los resultados y logros obtenidos.

7.6.2 Responsabilidad

El coordinador del comité de calidad es el responsable de que se registre la información requerida y de que esté archivada de manera adecuada.

7.6.3 Metodología

La información generada durante el Proceso de Mejoramiento de la Calidad, conviene que sea ordenada de acuerdo en diferentes archivos como:

A) Archivo del Proyecto de Mejoramiento de la Calidad.

En este archivo se conservará la información correspondiente a los proyectos de mejora que hayan sido asignados por el comité y que se hallan realizado.

B) Archivo de actividades realizadas en el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

En este archivo se conservará toda la información relacionada con las diferentes actividades propias del proceso.

C) Archivo de material didáctico utilizado para el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

En este archivo se ordenará una copia de todo el material utilizado en las capacitaciones y cursos impartidos.

También se puede incluir en este archivo una parte en la cual se conserve una copia de los artículos de calidad utilizados para las pláticas de calidad.

8. ETAPA 8: RECONOCIMIENTO DE LOGROS**8.1 Objetivo**

Manifestar el aprecio que tiene la organización por las personas que han contribuido con sus acciones a mejorar la calidad.

8.2 DECIDIR LOS RECONOCIMIENTOS QUE SE OTORGARAN

8.2.1 Objetivo

Determinar los reconocimientos que otorgará la unidad de salud a los logros obtenidos durante el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

8.2.2 Responsabilidad

El comité de calidad es el responsable de determinar el tipo de reconocimientos que se otorgaran.

8.2.3 Metodología

El comité de calidad posee la lista de proyectos de calidad, sugerencias y otros resultados derivados del Proceso de Mejoramiento de calidad, y que fueron evaluados en la etapa 7.

El comité de calidad decide el tipo de reconocimiento que se otorgará a cada una personas o equipos que, por sus resultados, se han hecho acreedores a estos reconocimientos.

El comité define, también, la fecha en que se otorgarán los reconocimientos y como se llevará a cabo la ceremonia de premiación.

Además del premio que se otorgue, conviene que a todos los premiados, se les entregue un testimonio de reconocimiento simbólico, que pueda ser mostrado permanentemente en el área de trabajo.

8.3 SUGERENCIAS PARA LAS CEREMONIAS DE PREMIACIÓN:

- Los premios tendrán tanto valor como sea el que les otorgue la dirección de la unidad de salud. Por esta razón, es necesario que la forma en que sean entregados, esté rodeada de dignidad y aprecio; y con la presencia de todos los miembros de la unidad de salud.
- Las ceremonias son los elementos que aportan el valor estimativo psicológico, que debe acompañar a cualquier premio.
- En ellas se harán públicos los méritos por los cuales se otorga el premio a determina persona o equipo.
- Los actos ceremoniales deben realizarse con una genuina actitud de reconocimiento y gratitud por parte de la dirección.

8.4 DIFUNDIR LOS LOGROS ALCANZADOS

8.4.1 Objetivo

Dar a conocer, dentro y fuera de la organización, los logros alcanzados por el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

8.4.2 Responsabilidad

El comité de calidad es responsable de decidir los medios a través de los cuales se comunicarán los logros conseguidos.

8.4.3 Recomendaciones

El comité debe decidir sobre los medios de difusión más adecuados a utilizar. Conviene tener presentes como medios disponibles, los siguientes:

- Periódicos murales ubicados en zonas estratégicas, de mayor afluencia de personal, como por ejemplo el marcador de ingreso y salida de la unidad de salud a donde acuden todos los empleados a diario.
- Boletines elaborados por el comité de calidad.
- Reuniones formales realizadas por la dirección de la unidad de salud, con la finalidad de difundir sus esfuerzos por la calidad.
- Reportes o eventos para las autoridades del ministerio de salud.

9. ETAPA 9: INICIO DE UN NUEVO CICLO.

9.1 Objetivos

- Evaluar la forma como fue implantado el Proceso de Mejoramiento de la Calidad.
- Realizar las acciones necesarias para iniciar un nuevo ciclo del Proceso de Mejoramiento Calidad.

9.2 EVALUAR LA FORMA COMO SE IMPLANTO EL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

9.2.1 Objetivo

Evaluar las mejoras obtenidas y las limitaciones presentadas durante la implantación del Proceso Mejoramiento de la Calidad.

9.2.2 Responsabilidad

El comité de calidad es el responsable de realizar esta actividad.

9.2.3 Metodología

- El comité determinará los aspectos a evaluar del Proceso de Mejoramiento de la Calidad
- De los aspectos a evaluar, el comité debe decidir cuáles serán evaluados por parte de todo el personal de la unidad de salud, y cuáles por parte de los miembros del propio comité calidad.
- Se deben preparar los instrumentos con los que se realizará la evaluación. Estos pueden ser: encuestas, entrevistas, trabajo en pequeños grupos. Uno de los instrumentos puede ser una guía que deberá ser aplicada por cada miembro del comité para dirigir su propio ejercicio de evaluación.
- Consolidar los datos obtenidos y se preparar un informe con los datos de la evaluación.

- Es necesario que el comité de calidad realice una sesión especial para analizar la información obtenida con la evaluación del Proceso de Mejoramiento de la Calidad. En dicha sesión se deberán determinar los logros conseguidos y los aspectos que se deben mejorar.
- Los resultados de esta evaluación, deben registrarse en un documento, para que sirvan de puntos a considerar en la implantación del siguiente ciclo del Proceso de Mejoramiento de la Calidad.

9.3 DETERMINAR LAS ACCIONES PARA INICIAR UN NUEVO CICLO DEL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

9.3.1 Objetivo

Proponer las acciones necesarias para iniciar nuevamente el esfuerzo por mejorar la calidad en la unidad de salud de San Marcos.

9.3.2 Responsabilidad

El comité de calidad es el responsable de especificar las acciones con las que se iniciará un nuevo ciclo del proceso.

9.3.3 Metodología

- Un papel importante del comité de calidad es especificar las acciones con las que iniciara el nuevo ciclo. Es posible que

exista el interés de darle continuidad a un proyecto que por su importancia necesite ser perfeccionado.

- Para iniciar un nuevo ciclo el comité debe seguir como guía el modelo del programa en el que se establecen sus etapas y actividades, lo que servirá para identificar cuales son las acciones necesarias para reiniciar los trabajos.
- Para una mejor realización, y control de las etapas así como el tiempo estipulado de su realización se requiere tener un plan que especifique las actividades a realizar, la fecha de realización y los responsables de llevar a cabo cada una de las actividades de reinicio del programa de mejoramiento de la calidad en el servicio. Este plan no representa ninguna dificultad para el comité por el hecho de que cuentan con la experiencia ganada en el ciclo anterior. Cada nuevo ciclo representa una oportunidad de conocer nuevas herramientas o perfeccionar las conocidas.

BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS

- ABURTO JIMÉNEZ, MANUEL, ADMINISTRACIÓN POR CALIDAD, 4ª EDICION, EDITORIAL CONTINENTAL S.A DE C.V, MÉXICO 1998.
- ALBRETCH KARL / ZEMKE ROM "GERENCIA DEL SERVICIO" 1ª EDICIÓN, EDITORIAL LEGIS EDITORES, COLOMBIA 1988
- ALBRETCH KARL, "LA REVOLUCIÓN DEL SERVICIO" 1ª EDICIÓN, EDITORIAL ELEGIS, COLOMBIA, 1990.
- ANDERSON, DAVID R. / SWEENEY / WILLIAMS "ESTADÍSTICA PARA ADMINISTRACIÓN Y ECONOMÍA" 7ª EDICIÓN, INTERNATIONAL THOMSON EDITORES S.A. DE C.V., MÉXICO 2000.
- CANTÚ DELGADO, HUMBERTO, DESARROLLO DE UNA CULTURA DE CALIDAD, SEGUNDA EDICION, EDITORIAL MC GRAW HILL. MÉXICO 2001.
- CROSBY ,PHILIP B, LA CALIDAD NO CUESTA, EL ARTE DE CERCIORARSE DE LA CALIDAD,1ª EDICIÓN, EDITORIAL CONTINENTAL, S.A DE C.V , MÉXICO 1987.
- GERSON, RICHARD F, COMO MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, GRUPO EDITORIAL IBEROAMERICANA, PRIMERA EDICIÓN, MÉXICO D.F,1998.

- GÓMEZ AYALA, MARIO "LA AUDITORIA DE CALIDAD EN LA EMPRESA MODERNA" PANORAMA EDITORIAL, S.A DE C.V. PRIMERA EDICIÓN MÉXICO. 1998
- IGLESIAS MEJÍA, SALVADOR "GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN MONOGRAFÍA O TESIS" EDITORIAL UNIVERSITARIA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, EL SALVADOR 1989.
- MARTÍN, WILLIAM B. "CALIDAD EN EL SERVICIO AL CLIENTE" EDITORIAL IBEROAMÉRICA, MÉXICO 1992
- MARTÍNEZ TAMARIZ, RAÚL "MANUAL DE IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD" 1ª EDICIÓN, PANORAMA EDITORIAL, MÉXICO 1997.
- MORENO LUZON, MARIA D. "GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DISEÑO DE ORGANIZACIONES" EDITORIAL PRENTICE HALL, ESPAÑA, 1995.
- KOTLER Y ARMSTRONG, "MERCADOTECNIA", 6ª EDICIÓN, EDITORIAL PRENTICE HALL, MÉXICO, 1996.
- ROJAS SORIANO, RAÚL "GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES" 7ª EDICIÓN, DIRECCIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, MÉXICO 1982.
- ROJAS SORIANO, RAÚL "EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA" 3ª EDICIÓN (REIMPRESIÓN), EDITORIAL TRILLAS S.A. DE C.V. MÉXICO 1986.
- SERIE MC GRAW-HILL SERVICIO AL CLIENTE "LA SATISFACCIÓN TOTAL DEL CLIENTE" TOMO 4, COLOMBIA 1994.

- SERIE MC GRAW - HILL, SERVICIO AL CLIENTE: "CALIDAD DEL SERVICIO" TOMO III, COLOMBIA 1994.
- ZORRILLA ARENA, SANTIAGO "INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN" 5ª EDICIÓN, EDITORIAL ANDRÓMEDA S.A., MÉXICO D.F. 1987.

TESIS.

- ARAGÓN MORÁN, MIRIAM GUADALUPE Y OTROS "PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO BRINDADO A LOS ANCIANOS DEL ASILO SARA ZALDIVAR". TRABAJO DE GRADUACIÓN UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, DICIEMBRE 2001.
- BONILLA MÉNDEZ, LEYLIN ASTRID Y OTROS "DISEÑO DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN DE PERSONAL ORIENTADO A FORTALECER LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL". TRABAJO DE GRADUACIÓN UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, 2002.
- LEIVA ROMERO, MARTA VERÓNICA Y OTROS "DISEÑO DE UN PLAN DE CAPACITACIÓN CON EL ENFOQUE DE CALIDAD EN EL SERVICIO AL CLIENTE PARA LOS EMPLEADOS DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOYAPANGO DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR". TRABAJO DE GRADUACIÓN UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, 2001.
- MONGE VAQUERO, REINA PATRICIA Y OTROS "DISEÑO DE UN PROGRAMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO PARA EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM." TRABAJO DE GRADUACIÓN UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, FEBRERO 2003.

FOLLETOS Y DOCUMENTOS.

- MANUAL ADMINISTRATIVO, SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL, (SIBASI).

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD **OPS**, OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA OMS "LA SALUD EN LAS AMÉRICAS" (PUBLICACIÓN CIENTÍFICA Y TÉCNICA No.587 VOL. II) EDICIÓN DE 2002.

- SISTEMAS BÁSICOS DE SALUD INTEGRAL (SIBASI) MARCO CONCEPTUAL Y OPERATIVO (VERSIÓN REVISADA) 2001.

- FOLLETO GERENCIAL, UNIDAD DE SALUD SAN MARCOS.

- FOLLETO DE PROGRAMA TALLER DEL MODELO DE OPTIMIZACIÓN DE SERVICIOS Y LA CULTURA DE LA CALIDAD.

DIRECCIONES DE INTERNET.

- [HTTP//WWW.MONOGRAFÍAS.COM/TRABAJOS14/SERVIC-CLIENTE.SHTM](http://www.monografias.com/trabajos14/servic-cliente.shtm)

- [HTTP//WWW.MONOGRAFIAS.COM/TRABAJOS13/FUTAD](http://www.monografias.com/trabajos13/futad)

- [HTTP//WWW.MERCADEOENLINEA.COM/TRIANGULODELSERVICIO.HTM](http://www.mercadeoonline.com/triangulodelservicio.htm)

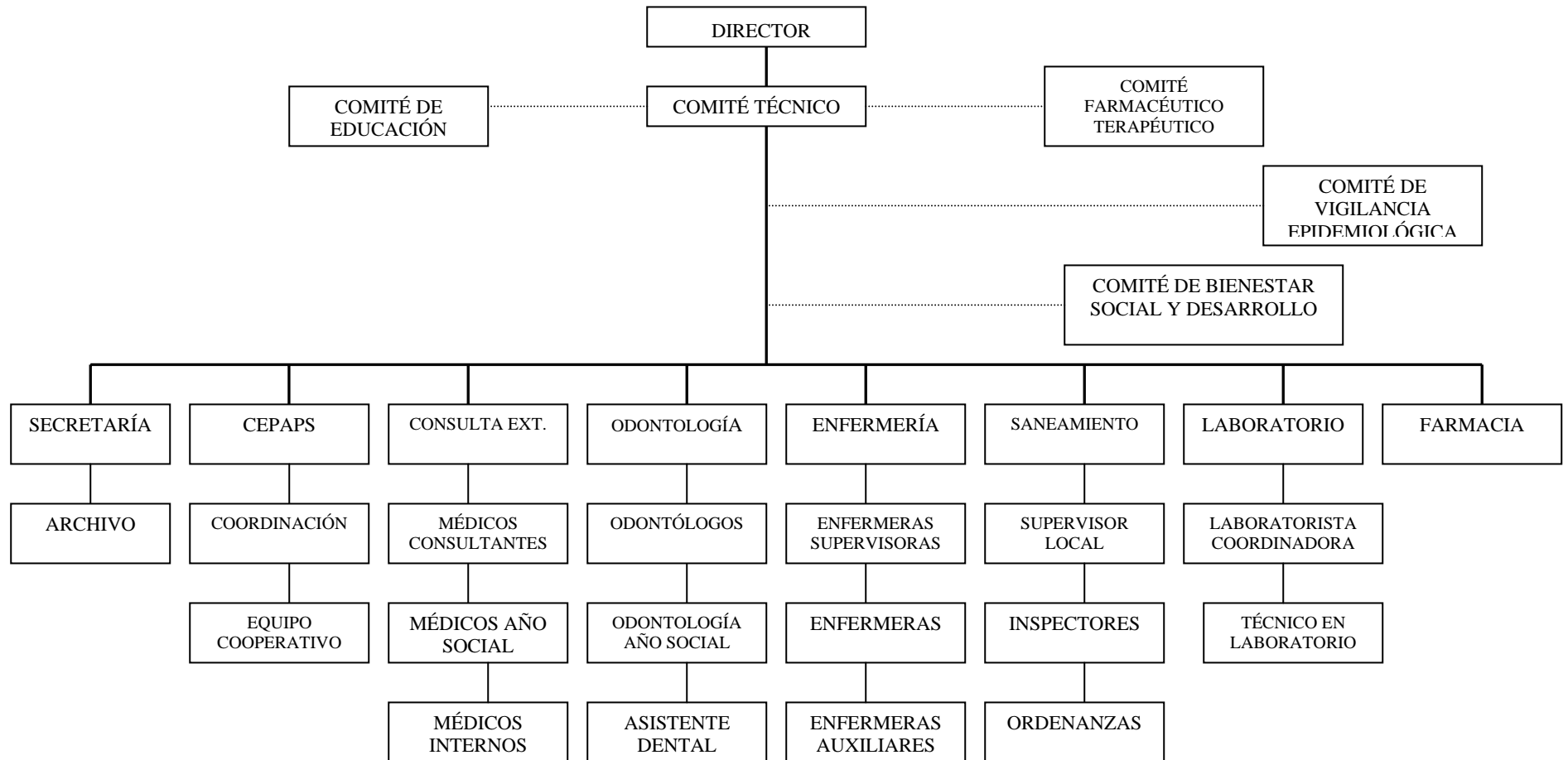
- [HTTP//WWW.ICAS.NET/ICASWEB.HTM](http://www.icas.net/icasweb.htm)

- [HTTP//WWW.ZAC.ITESM.MX](http://www.zac.itesm.mx)

ANEXOS

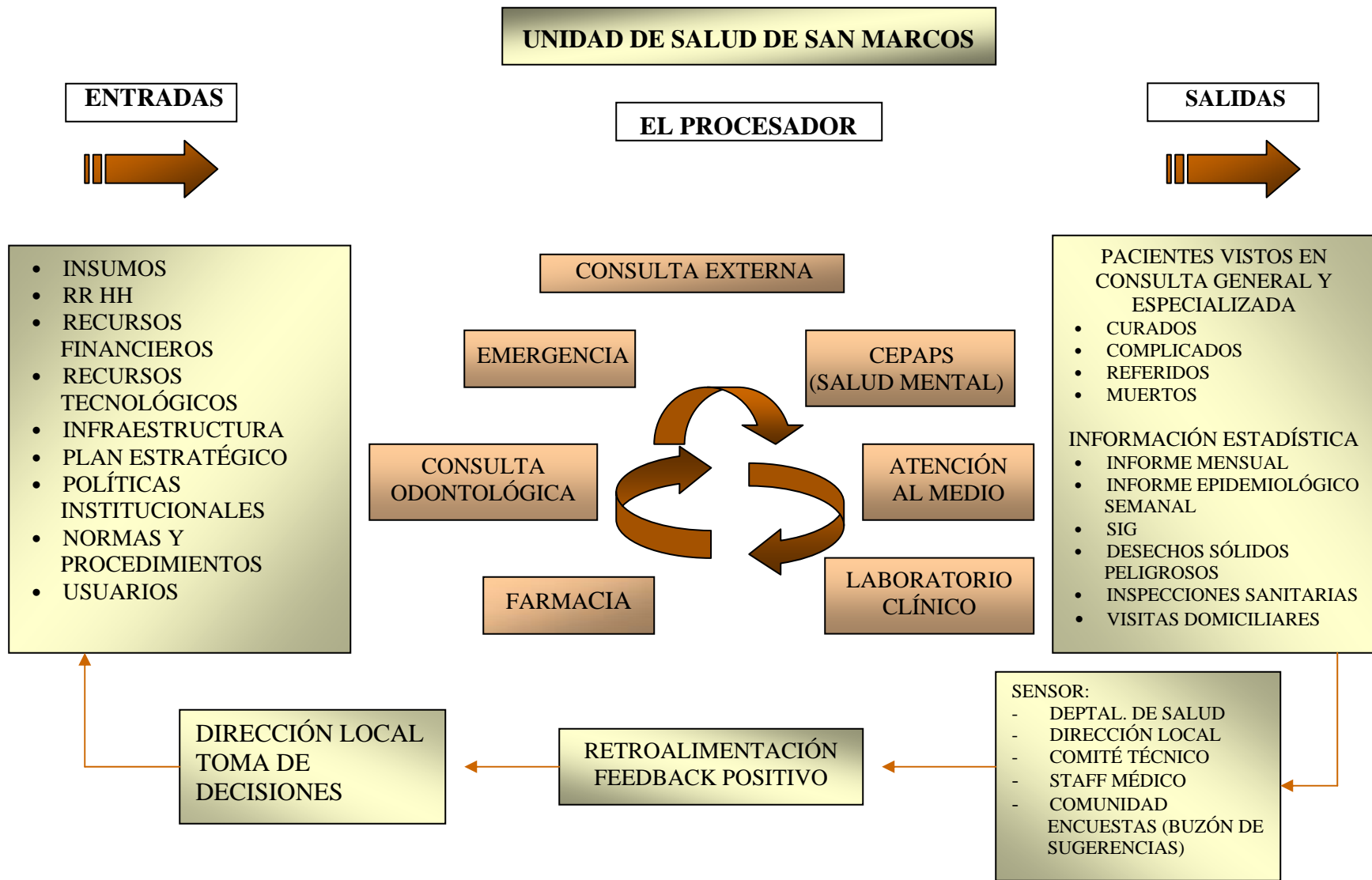
ANEXO 1

ORGANIGRAMA ACTUAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS Dr. ROBERTO CÁCERES BUSTAMANTE



FUENTE: DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS

ANEXO 2
AMBIENTE: SIBASI ZONA SUR



ANEXO No. 03

Para facilitar el logro de tal meta de mejoramiento, Deming ha propuesto a los directivos de diversas organizaciones un sistema constituido por los siguientes catorce puntos:

LOS CATORCE PUNTOS DE DEMING.

1. Ser constantes en el propósito de mejorar el producto o servicio, con el objetivo de llegar a ser competitivos, de permanecer en el negocio y de proporcionar puestos de trabajo.
2. Adoptar la nueva filosofía de "conciencia de la calidad". Nos encontramos en una nueva era económica. Los directivos deben ser conscientes del reto, afrontar sus responsabilidades y hacerse cargo del liderazgo para cambiar.
3. Suprimir la dependencia de la inspección para lograr la calidad. Eliminar la necesidad de la inspección en masa, incorporando la calidad dentro del producto en primer lugar.
4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio. En vez de ello, minimizar el costo total. Establecer la tendencia a tener un solo proveedor para cualquiera artículo, con una relación a largo plazo, de lealtad y confianza.
5. Mejorar constantemente y siempre el sistema de producción y servicio, para mejorar la CALIDAD y la productividad y así reducir los costos continuamente.
6. Instituir la formación en el trabajo.
7. Implantar el liderazgo. El objetivo de la supervisión debe consistir en ayudar a las personas, a las máquinas y a los aparatos para que hagan un trabajo mejor:
8. Desechar el miedo, de manera que cada uno pueda trabajar con eficacia para la organización.
9. Derribar las barreras entre dependencias. Las personas de diferentes departamentos deben trabajar en equipo, para prever los problemas de producción y los que podrían surgir en el uso del producto, con el mismo o con el usuario.
10. Eliminar las metas numéricas, los carteles y los lemas que busquen nuevos niveles de productividad, sin ofrecer métodos que faciliten la consecución de tales metas. El grueso de las causas de baja calidad y baja productividad pertenecen al sistema y, por tanto, caen más allá de las posibilidades del personal operativo.
11. Eliminar cuotas numéricas prescritas y sustituirlas por el liderazgo.
12. Eliminar las barreras que impiden al empleado gozar de su derecho a estar orgulloso de su trabajo.
13. Implantar un programa vigoroso de educación y auto – mejora.
14. Involucrar a todo el personal de la organización en la lucha por conseguir la transformación. Esta es tarea de todos.

ANEXO No. 4

CÁLCULO DE LAS ESTRATIFICACIONES POR CADA PUESTO DE TRABAJO

Se ha aplicado el muestreo aleatorio estratificado para encontrar la sub-muestra por cada puesto de trabajo. La formula utilizada es:

$$n_i = \frac{n N_i}{N}$$

Donde:

n_i = Estrato

n = Tamaño de la muestra

N_i = Tamaño del estrato

N = Total de la población

Para encontrar el estrato de odontólogos se hizo así: n = 40; N_i = 8; N = 67
 n_i = (40*8)/ 67 = 4.78 por lo tanto: n_i ≈ 5

NOMBRE DEL PUESTO	NÚMERO DE EMPLEADOS	ESTRATOS	APROX.
MÉDICO GINECÓLOGO	2	1,19	1
MÉDICO SERVICIO SOCIAL	3	1,79	2
ODONTÓLOGO	8	4,78	5
MÉDICO CONSULTANTE	9	5,37	5
MÉDICO ESPECIALISTA	2	1,19	1
MÉDICO PEDIATRA	2	1,19	1
ENFERMERA	8	4,78	5
ENFERMERA COMUNITARIA	4	2,39	2
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	5	2,99	3
AUXILIAR DE LABORATORIO	2	1,19	1
ASISTENTE DENTAL	1	0,60	1
SECRETARIAS	4	2,39	2
ENFERMERAS DE AÑO SOCIAL	4	2,39	2
ORDENANZAS	4	2,39	2
ODONTÓLOGO SERVICIO SOCIAL	3	1,79	2
PROFESIONAL DE LABORATORIO	3	1,79	2
ENCARGADA DE FARMACIA	1	0,60	1
VIGILANTE	1	0,60	1
AUXILIAR DE FARMACIA	1	0,60	1
TOTAL	67	40,00	40



ANEXO No. 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Cuestionario dirigido a usuarios de la Unidad de Salud de San Marcos, para evaluar la calidad en el servicio que esta institución presta.

Muy atentamente, solicitamos su valiosa colaboración para responder el presente cuestionario.

OBJETIVO: Obtener información para realizar una “Propuesta de implantación de un programa de mejoramiento de la calidad en el servicio en el área de consulta externa”.

Le aclaramos que esta información será utilizada para fines académicos y será tratada confidencialmente.

Indicaciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con “X” en la casilla correspondiente a la opción que elija.

Fecha: _____

DATOS GENERALES:

1. Sexo:

a) Femenino

b) masculino

2. Edad: _____

3. Nivel Académico:

a) Sin Estudios

b) Educación Básica

c) Educación Media

d) Técnico

e) Universitario

4. Ocupación:

a) Estudiante

b) Empleado Público

c) Empleado Empresa Privada

d) Obrero

e) Oficios domésticos

f) Pensionado

g) Comerciante

h) Otros: _____

21.¿Qué sugerencias haría para que la Unidad de Salud le brinde un mejor servicio?

a) Que los médicos sean más puntuales	
b) Que los médicos y el personal con el que tiene contacto, se comuniquen mejor con usted y sean más amables	
c) Mejorar la limpieza de la Unidad de Salud	
d) Que se renueve y se incremente el equipo de uso médico	
e) Que se incremente y mejore la existencia de medicamentos	
f) Que se incremente el número de médicos en diferentes especialidades	
g) Pedir la opinión al usuario para la hora y fecha de la cita y que las dejen más próximas	
h) Mejorar la cobertura de horarios para consultas	

❁ MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



ANEXO 6

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS EMPLEADOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

OBJETIVO: Recopilar información para realizar una propuesta de implantación de un programa de mejoramiento de la calidad en el servicio, en el área de consulta externa de la unidad de salud de San Marcos.

La información recolectada será estrictamente confidencial, y su opinión es muy valiosa para el propósito..

DATOS GENERALES:

1. Edad: _____
2. Género : Femenino Masculino
3. Nombre del Puesto que desempeña: _____
4. Tiempo de Servicio en la Unidad de Salud: _____

PARTE I

INDICACIONES :

Lea detenidamente las siguientes preguntas, y marque con una "X" la alternativa que considere conveniente.

	Acuerdo Total	Desacuerdo Total
1. Me gusta mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es más importante la cantidad de trabajo que realizo, que su calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frecuentemente se dan reconocimientos a los empleados cuando hacen bien su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El mobiliario y equipo con el que realizo mi trabajo se encuentra en buen estado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuento con el material necesario, en el momento en que necesito realizar mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Acuerdo Total	Desacuerdo Total	Parcialmente de acuerdo
6. La gente con la que trabajo es cooperativa y agradable.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. He recibido capacitación y orientación adecuada para desempeñar mi trabajo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. A veces me siento presionado en el trabajo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Los empleados de mi departamento trabajan como equipo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. La administración informa adecuadamente a los empleados sobre temas de interés y asuntos de trabajo, relacionados con la Unidad de Salud.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Mi jefe valora mis intervenciones y opiniones.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Recomendaría la unidad de salud a mis familiares.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Los empleados en la unidad de salud tienen una actitud de cuidado y respeto hacia los pacientes.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Mi jefe me ayuda a resolver los problemas de trabajo.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. El trabajo se distribuye equitativamente en mi departamento.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. La Unidad de Salud cuenta con una buena limpieza en sus instalaciones.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

17. Mi jefe toma decisiones justas.
- 18 .La Unidad de Salud tiene una buena reputación en la comunidad.
19. Mi jefe es muy bueno propiciando el trabajo en equipo.
20. La administración está dispuesta a hacer uso de nuevos métodos e ideas para mejorar el ambiente y las condiciones de trabajo en la Unidad de Salud.

PARTE II

INDICACIONES :

Conteste las siguientes preguntas, señalando la que usted considere conveniente.

1. ¿Considera necesario mejorar la calidad en el servicio que se ofrece al usuario, en la consulta externa?

Si _____ No _____

2. ¿Tienen políticas de calidad en la atención al usuario en consulta externa?

Si _____ No _____

3. ¿Reciben capacitaciones, para mejorar la calidad en el servicio de consulta externa a los pacientes?

Si _____ No _____

¿Cada cuanto tiempo?

a) Mensual b) Trimestral c) Semestral d) Anual e) Otros

Si es otro, especifique: _____

4. ¿ Cree usted, que debe prestar más atención y cuidado en ofrecer un mejor servicio en la atención a los pacientes, que en la cantidad o número de consultas atendidas diariamente?

Si _____ No _____

5. ¿ Cree que es necesario brindar atención a las quejas, sugerencias o comentarios de los pacientes usuarios de la unidad de salud, en lo referente a inconformidades en el servicio recibido en la consulta?

Si _____ No _____

6. ¿ Cuando surgen conflictos laborales entre sus compañeros o su jefe, de que manera son resueltos?

a) Se resuelven rápidamente b) Cuesta llegar a un consenso c) No se resuelven d) No ha habido pero es resuelto.

7. ¿Considera que en la Unidad de Salud se atiende a los usuarios eficientemente?

Si _____ No _____

8. ¿Realizan algún control o utilizan algún mecanismo para evaluar si el servicio que se esta brindando a los usuarios de la consulta externa es el adecuado?

- a) No hay control ni mecanismos
- b) Hay evaluaciones constantes de parte de la administración
- c) No sabe
- d) Por cumplimiento de objetivos en el área de trabajo.

9. Como evalúa el ambiente de trabajo en el que se desempeña:

	EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
1.Limpieza en sus instalaciones.					
2.Mobiliario y Equipo que utiliza.					
3.Compañerismo					
4.Relación con su jefe.					
5.Instalaciones de su lugar de trabajo.					
6.Manejo de conflictos entre sus compañeros y su jefe.					
7.Comunicación entre el personal					

10. ¿Que aspectos, según usted deben mejorarse para brindar una mejor atención en la consulta externa a los pacientes?

- a) Mejorar las relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo
- b) Mejorar la empatía con los pacientes a través de capacitaciones
- c) Mejor distribución de los recursos disponibles.
- d) Aumento del personal médico
- e) Mejorar la cobertura en horarios de consulta
- f) Mejor coordinación entre el personal para brindar un mejor servicio.
- g) Distribuir el trabajo y las funciones de cada empleado de una manera más equitativa y definir bien las funciones de cada trabajador.

ANEXO No. 7

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Guía de entrevista dirigida a las jefaturas de la Unidad de Salud de San Marcos

1. Utilizan actualmente algún sistema de gestión de calidad en su departamento, y si lo tienen ¿cómo funciona? (explicar)
2. ¿Cuentan con políticas de calidad en atención al usuario? (si las hay mencione algunas)
3. ¿Existen políticas de capacitación para los empleados enfocadas al fortalecimiento en su área de trabajo y con orientación a la satisfacción de los pacientes?
4. ¿Qué sugerencias daría para el mejoramiento del servicio de consulta externa?
5. ¿Cuáles son las principales inconformidades, inconvenientes y limitaciones que tiene su área de trabajo y por qué no han podido superarlos?
6. ¿Tiene conocimiento de cuales son las principales quejas, inconformidades e insatisfacciones de los usuarios al momento de pasar consulta, y como han pensado solucionarlos?
7. Cuando surgen conflictos laborales o diferencias de opinión ¿Qué mecanismos utilizan para solucionarlos?
8. ¿Qué mecanismos de comunicación se utilizan en su área de trabajo?
9. ¿Se realizan evaluaciones del desempeño a empleados y jefes? Si lo hacen ¿Cada cuanto tiempo las llevan a cabo?
10. ¿Fomentan el trabajo en equipo? Si es así ¿De qué manera lo hacen?
11. ¿Toman en cuenta las opiniones o sugerencias de los empleados, para introducir mejoras en la unidad de salud? ¿Cree usted que es importante tomar en cuenta sus opiniones?
12. ¿Tiene conocimiento de la misión y visión de la Unidad de Salud y si existe algún otro elemento como objetivos institucionales, políticas, valores y planes anuales.

ANEXO No. 8
TABULACIÓN DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS.

DATOS GENERALES

1. Sexo.

OBJETIVO: Detectar el número de pacientes hombres o mujeres que acuden a la Unidad de Salud.

Cuadro No. 01

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Femenino	67	70,5%
Masculino	28	29,5%
Totales	95	100%

COMENTARIO:

La mayor demanda de usuarios de los servicios de la unidad de salud son del sexo femenino aproximadamente un 70.5% sobre un 29.5% de usuarios masculinos, podemos asumir que esto se debe a que la mujer adopta el papel de ama de casa, no obtiene ingresos, por lo tanto debe acudir a servicios gratuitos de salud que no afecten la economía familiar.

2. Edad.

OBJETIVO: Identificar entre qué rangos de edades se encuentran los usuarios de la Unidad de salud.

Cuadro No. 02

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
0-17 años	15	15,8%
18-30 años	32	33,7%
31-50 años	30	31,6%
51- a más	18	18,9%
Totales	95	100%

COMENTARIO:

Los mayores porcentajes de usuarios de la unidad de salud de san marcos están aproximadamente entre 18-30 y 31-50 años, el primer rango con un 33.7% y el segundo con un 31.6% lo que nos hace pensar que esto se debe a que la mayor población de san marcos se encuentra entre estos rangos de edades, sin tomar en cuenta que el primer rango es la edad de mayor fertilidad de la población. El resto de los visitantes se encuentran en los rangos de 0-17 años con un 15.8% y el resto de 51- a más años con un 18.9%.

3. Nivel Académico

OBJETIVO: Identificar el nivel de estudios que predomina entre la población que asiste a la Unidad de Salud.

Cuadro No. 03

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sin Estudios	15	15,8%
Educación Básica	53	55,8%
Educación Media	19	20,0%
Técnico	4	4,2%
Universitario	4	4,2%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Los resultados de la pregunta demostraron que le 55.8% de la población que asiste a el centro de salud tiene una escolaridad básica siendo esta desde primer grado hasta noveno grado, el siguiente porcentaje mayor fue el de educación básica con un 20%, seguido de un nivel de analfabetismo de 15.8% que no asistió a la escuela, el resto; un 4.2% con estudios técnicos y otro 4.2% con estudios universitarios, lo que demuestra que el nivel de escolaridad dentro de los usuarios es bajo los que nos permite creer que puede afectar en la perspectiva de calidad de servicio que tenga el paciente.

4. Ocupación

OBJETIVO: Detectar a qué actividad se dedican mas frecuentemente los usuarios de la Unidad de Salud.

Cuadro No. 04

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Estudiante	15	15,8%
Empleado Público	3	3,2%
Empleado Empresa Privada	8	8,4%
Obrero	7	7,4%
Oficios Domésticos	45	47,4%
Pensionado	0	0,0%
Comerciante	15	15,8%
Otros	2	2,1%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

A aquí se confirma la idea de que la mayoría de la población que asiste a la unidad de salud es de escasos recursos y de sexo femenino ya que el 47.4% tienen como ocupación oficios domésticos, un 15.8 % son estudiantes, otro 15.8% son comerciantes, un 8.4% empleados de empresas privadas, otro 7.4% obreros el resto son empleados públicos o tienen otra ocupación diferente a la planteada en el cuestionario.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA

1. ¿Qué especialidad consulta con más frecuencia?

OBJETIVO: Conocer la especialidad que los usuarios consultan con mayor frecuencia.

Cuadro No. 05

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Medicina General	55	57,9%
Pediatría	17	17,9%
Ginecología	11	11,6%
Medicina Interna	5	5,3%
Endocrinología	4	4,2%
Odontología	3	3,2%
Total	95	100,0%

Comentario:

El grafico muestra que un 57.9% de los encuestados consultan por medicina general, un 17.9% consulta en la especialidad de pediatría un 11% en ginecología, un 5% medicina interna, un 4% endocrinología y un 3% odontología; lo que indica que la mayor parte de la población que asiste a la unidad de salud para consulta, es atendido en medicina general por diversas enfermedades, pues se trata de un primer nivel de atención o salud básica, el siguiente porcentaje considerable es el de pediatría y ginecología, aunque en menor porcentaje lo que evidencia que la mayor población atendida es adultos y adultos mayores.

2. ¿Le explicó alguien el proceso que debe seguir para pasar consulta?

OBJETIVO: Saber si los usuarios reciben explicación de alguien del personal de la Unidad de Salud, acerca del proceso a seguir para pasar consulta.

CUADRO No. 06

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	54	56,8%
No	41	43,2%
Total	95	100,0%

COMENTARIO:

La investigación demostró que el 56.8% de los encuestados consideran que fueron orientados y un 43.2% consideraron que no. Este porcentaje permite considerar que hay un porcentaje considerable de personas que desconocen los procesos de la unidad de salud, lo que les causo cierto contratiempo, esto permite deducir que fue por causa de desinterés de parte del personal o por una señalización inadecuada, sea esta para indicar el camino o los pasos y requisitos a cumplir para pasar consulta.

TIEMPO DE ESPERA

3. ¿Cuanto tiempo esperó desde que lo anotaron en sala de espera hasta pasar consulta?

OBJETIVO: Detectar el tiempo de espera promedio que existe entre el comienzo del proceso hasta la consulta con el médico.

CUADRO No. 07

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Menos de 1 hora	20	21,1%
De 1 hora a menos de 2 horas	25	26,3%
De 2 horas a más	50	52,6%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

La pregunta relacionada al tiempo de espera para pasar consulta refleja que un 52.6% de los pacientes, espera de 2 horas a mas para pasar consulta, un 26.3% de una a dos horas y el 21.1% menos de una hora, en este caso podemos considerar que el tiempo de espera es relativo al numero de pacientes a ser atendidos, al tipo de patología que este presenta, lo que puede depender de el tipo de tratamiento que necesite de parte del medico; pero en caso contrario también se debe considerar el factor humano, las partes del proceso en las que se presentan demoras.

4. Durante el proceso de pasar consulta ¿En cual de las fases detectó que lo entretuvieron más?

OBJETIVO: Identificar en cual de las fases del proceso de consulta los pacientes sufre mas demora.

CUADRO No. 08

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Selección	10	10,5%
Búsqueda o elaboración del expediente	33	34,7%
Preparación	4	4,2%
Espera para pasar consulta	47	49,5%
Espera de Medicamentos	1	1,1%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO

Los resultados que se obtuvieron, reflejan que la mayoría de encuestados manifiestan que durante el proceso de consulta en la fase en la que se demoraron más, fue en la espera para pasar consulta, con un 49.5%, y en la que se demoraban menos es en la espera de medicamentos 1.1 %, lo que indica que en las fases del proceso antes de la espera para pasar consulta, es hacia donde se deben enfocar los esfuerzos de mejora del proceso.

5. Cuanto tiempo espero en farmacia para recibir las medicinas.

OBJETIVO: conocer el tiempo que los usuarios esperan en farmacia para recibir medicamentos.

Cuadro No.09

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
De 1 - 5 minutos	54	56,8%
De 5-10 minutos	18	18,9%
De 10-15 minutos	15	15,8%
De 15 minutos a más	8	8,4%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

La mayoría de las personas 56.8% que han hecho uso del servicio de consulta indican que la espera en farmacia tarda un intervalo de 1-5 minutos, lo que indica que es aceptable para el usuario, y un 18.9% que opino que esperó de 5-10 minutos para que le entreguen la medicina, esto refleja que la espera para la entrega de medicinas es un tiempo aceptable para el usuario, no hay mayor demora, aunque esta puede mejorarse.

6. En que estado considera que se encuentran las instalaciones del edificio.

OBJETIVO: conocer la percepción de los usuarios con respecto al estado de las siguientes áreas: espacio de espera, mobiliario de sala de espera y consultorio, consultorios y baños.

Cuadro No. 10

OPCIONES	DESCRIPCIÓN							
	Espacio de Espera		Mobiliario de Sala de Espera y consultorio		Consultorios		Baños	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Excelente	10	10,5%	6	6,3%	5	5,3%	0	0,0%
Bueno	49	51,6%	53	55,8%	63	66,3%	9	9,5%
Regular	26	27,4%	29	30,5%	19	20,0%	20	21,1%
Malo	10	10,5%	7	7,4%	8	8,4%	66	69,5%
Totales	95	100,0%	95	100,0%	95	100,0%	95	100,0%

COMENTARIO:

Los usuarios evaluaron diferentes categorías, relacionadas con las instalaciones de la institución, en cuanto al espacio de espera, la mayoría 51.6% lo evaluó como bueno, el mobiliario de sala de espera y consultorio fue considerado por la gran mayoría 55.8% como bueno, los consultorios con un 66.3% como buenos y los baños que tuvieron una calificación negativa, con un 69.5% como malos, esta evaluación indica que hacia donde deben enfocar los esfuerzos de mejora son en los baños de los usuarios, ya que no se encuentran en condiciones adecuadas para los pacientes.

7. Como considera la limpieza de las siguientes áreas:

OBJETIVO: conocer como consideran los usuarios la limpieza de las instalaciones de la unidad de salud.

Cuadro No.11

ALTERNATIVA	DESCRIPCIÓN							
	Espacio de Espera		Consultorios		Baños		Pasillos y Zonas de Transito	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Excelente	12	12,6 %	11	11,6%	0	0,0%	7	7,4%
Buena	46	48,4 %	63	66,3%	9	9,5%	49	51,6%
Regular	27	28,4 %	14	13,9%	22	23,2%	28	29,5%
Mala	10	10,5 %	7	7,4%	64	67,4%	11	11,6%
Totales	95	100,0 %	95	99,1%	95	100,0%	95	100,0%

COMENTARIO:

En cuanto a este criterio, que se evaluó de limpieza, la mayoría de la infraestructura evaluada fue calificada como buena, excepto los baños, que reflejan que los pacientes no los encuentran en buen estado un 67.4 % los evaluó en la categoría mala, indicando que se debe mejorar la limpieza en estos.

8. El médico le puso atención a sus dolencias.

OBJETIVO: conocer si los médicos de la unidad de salud prestan atención a sus pacientes.

Cuadro No. 12

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	78	82,1%
No	17	17,9%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

El porcentaje de personas que afirmaron que el médico puso atención a sus dolencia fue de un 82.1% contra un 17.9% que expresó que no tuvo la atención debida, lo que nos indica que el paciente percibe de parte del médico un trato adecuado e interés en curar sus enfermedades.

9. El médico lo examinó.

OBJETIVO: saber si los médicos de la unidad de salud suelen examinar a sus pacientes.

Cuadro No. 13

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	73	76,8%
No	22	23,2%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Los datos obtenidos expresan que el 76.8% de los pacientes fueron examinados por el medico, mientras un 23.2%, no fueron examinados, lo que indica que la gran mayoría de médicos examinan a sus pacientes, y esto es parte de una buena atención a los usuarios.

10. El médico le explicó lo que tenía.

OBJETIVO: conocer si el medico explica a sus pacientes sus padecimientos.

Cuadro No. 14

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	74	77,9%
No	21	22,1%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Los datos reflejan que el 77.9% de los médicos explica lo que tienen los pacientes, y solo un 22.1% no explican de lo que padecen los usuarios, es solo una parte del porcentaje de médicos que no explican lo que tienen los pacientes.

11. El médico le dio recomendaciones de los cuidados que debe tener con su enfermedad y con respecto a los medicamentos.

OBJETIVO: Indagar si los médicos acostumbran dar recomendaciones de los cuidados que los pacientes deben tener con su enfermedad y con respecto a los medicamentos que receta.

Cuadro No. 15

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	74	77,9%
No	21	22,1%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Los datos obtenidos en esta pregunta, reflejan que el 77.9% de los médicos les brindan recomendaciones de los cuidados que deben tener los pacientes con su enfermedad y con los medicamentos y un 22.1% no

da estas recomendaciones, esto significa que la mayoría de médicos hacen las recomendaciones respectivas a los cuidados que se deben tener con las enfermedades los pacientes.

12. Como considera que fue el trato que el médico le dio?

OBJETIVO: detectar la opinión que los usuarios tienen del trato ofrecido por el medico.

Cuadro No.16

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Excelente	37	38,9%
Bueno	38	40,0%
Regular	12	12,6%
Malo	8	8,4%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

La mayoría de las personas encuestadas, califico de bueno el trato que reciben del médico, un 38.9% lo considera excelente, y un 12.6% lo considera regular y solo un 8.4% lo considera malo, esto indica que una buena parte de las personas están satisfechas con el trato que el medico les da en la consulta.

13. Como considera que fue el trato del siguiente personal:

OBJETIVO: Conocer la opinión que los usuarios tienen acerca del trato que brinda el personal de las diferentes áreas de consulta de la unidad de salud, enfermería, archivo, farmacia y laboratorio.

Cuadro No. 17

ALTERNATIVAS	DESCRIPCIÓN							
	Enfermería		Archivo		Farmacia		Laboratorio	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Excelente	16	16,8%	8	8,4%	15	15,8%	9	9,5%
Bueno	40	42,1%	36	37,9%	61	64,2%	26	27,4%
Regular	26	27,4%	32	33,7%	9	9,5%	28	29,5%
Malo	13	13,7%	19	20,0%	10	10,5%	32	33,7%
Totales	95	100,0%	95	100,0%	95	100,0%	95	100,0%

COMENTARIO:

En esta pregunta, de cómo considera el usuario el trato del personal de las diferentes áreas de la unidad de salud, el personal peor evaluado es el de Laboratorio y Archivo, y son estas áreas a las que se debe de prestar más atención en realizar procesos de mejora en la calidad en la consulta, ya que archivo y laboratorio ocasionan demoras en las demás áreas funcionales con las que tienen relación.

14. Pudo obtener todas las medicinas recetadas.

OBJETIVO: saber si los usuarios de la unidad de salud logran obtener en farmacia todas las medicinas recetadas por el medico.

Cuadro No. 18

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Si	32	33,7%
No	63	66,3%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Con respecto a los medicamento, el 66.3% afirmo que no pudo obtener todas las recetas que le receto el medico y un 33.7% afirmo que si pudo obtener todos los medicamentos. El porcentaje mayor nos indica que existe una escasez de medicamentos que afecta a los pacientes, ya que tiene que comprar la medicina en las farmacias.

Lo que representa un gasto para personas de pocos recursos económicos.

Por otra parte puede ser que el medico no esta familiarizado con los medicamentos existente y receta fármacos que no posee la unidad, también otra posibilidad es que el medico general, trata patologías para las cuales la unidad de salud no se encuentra equipada en lugar de referir al paciente al nivel de salud correspondiente sea este de segundo o tercer nivel donde si se posee los medicamentos especiales que el enfermo necesita.

15. Cuando espera para pasar consulta, recibe charlas educativas de salud.

OBJETIVO: conocer con que frecuencia en la unidad de salud ofrecen a los usuarios charlas educativas de salud.

Cuadro No. 19

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	17	17,9%
A veces	48	50,5%
Nunca	30	31,6%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Un buen porcentaje 50.5% contesta que a veces recibe charlas educativas de salud cuando espera para pasar consulta, un 31.6% contesto que nunca, esto puede explicarse debido a que las enfermeras no siempre brindan charlas educativas de salud y estas son impartidas a diario, pero en los momentos en que tienen tiempo, debido a que pasan ocupadas atendiendo las actividades propias de la consulta.

16. Esta satisfecho con el servicio que le brinda la Unidad de Salud.

OBJETIVO: determinar el nivel de satisfacción de la población con respecto al servicio que la unidad de salud brinda.

Cuadro No. 20

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	65	68,4%
No	30	31,6%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

La mayoría de los usuarios, un 68.4% de pacientes se encuentran satisfechos con el servicio de consulta que proporciona la unidad de salud, y un restante 31.6% no esta satisfecho con el servicio de consulta, la mayoría de usuarios encuestados afirman estar conformes con el servicio de consulta, pero indican cierta insatisfacción, en el proceso previo a la consulta, pues es ahí donde se ocasionan las demoras.

¿Por qué?

Cuadro No. 21

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No existe otra alternativa	22	33,8%
Atención y Trato	6	9,2%
Queda cerca de donde vivo	3	4,6%
Por que es gratis	34	52,3%
Totales	65	100,0%

COMENTARIO:

De las personas que contestaron estar satisfechas con el servicio de consulta que ofrece la unidad de salud, un 52.3% contesto que esta satisfecho porque es gratis, lo cual hay que analizar que no es por la buena calidad de consulta, sino por la gratuidad, seguido de un 33.8% que contesto que porque no existe otra alternativa, lo que implica que los usuarios asisten a la unidad de salud por dos razones que no tienen que ver precisamente con un buen servicio de calidad en la consulta, sino por otras causas.

17. En general, como considera la atención que le brinda la Unidad de Salud.

OBJETIVO: Saber como consideran los usuarios la atención brindada por la unidad de salud.

Cuadro No. 22

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Excelente	20	21,1%
Buena	39	41,1%
Regular	31	32,6%
Mala	5	5,3%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO

La atención que brinda la unidad de salud, es considerada por la mayoría de encuestados, un 41.1% como buena, seguida de un 32.6% como regular, y un 21.1% como excelente, esto implica que ha sido evaluada entre el intervalo de Regular a Buena, por los usuarios, esto implica que puede ser sometida, a un proceso de mejoramiento de calidad, para que los pacientes reciban un mejor servicio.

18. En caso de requerir otra consulta, volvería a la Unidad de Salud.

OBJETIVO: Indagar si la población atendida esta dispuesta a ser uso nuevamente de los servicios de la unidad de salud y por que razones.

Cuadro No. 23

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Si	60	63,2%
No	35	36,8%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Se obtuvo un 63.2% que opinaron que volverían a la unidad de salud ya sea porque no tenían otra opción por el hecho de ser el centro de salud mas cercano, otras opiniones fueron que la situación económica no permite acceder a servicios de salud privado. El porcentaje que opino que no regresaría fue porque no esta satisfecho con la atención que se les presta.

¿Por qué?:

Cuadro No. 24

ALTERNATIVAS	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Porque queda cerca	12	20,0%
La atención	15	25,0%
Económico	26	43,3%
No hay otra opción	7	11,7%
Totales	60	100,0%

COMENTARIO:

De los pacientes que afirmaron que regresarían, el mayor porcentaje fue por la escasez de recursos económicos ya que el servicio y medicamentos son gratis esto en un 43.3%, el siguiente porcentaje considerable es la atención que presta la unidad con un 25%, que demuestra que ciertos usuarios consideran que son atendidos en forma adecuada por los empleados, luego la siguiente opinión fue que la unidad se encuentra cercana lo que facilita la accesibilidad con un 20% y por ultimo que no existe otras opciones como establecimientos de salud a que acudir lo que deja a este centro de salud como única alternativa.

19. Considera usted que en la Unidad de Salud, prestan atención a las sugerencias, opiniones e inconformidades de los usuarios?

OBJETIVO: Saber si las sugerencias, opiniones e inconformidades de los usuarios son tomadas en cuenta en la unidad de Salud y si los usuarios están enterados de los mecanismos que el establecimiento tiene para enterarse de sus sugerencias y opiniones.

Cuadro No. 25

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	46	48,4%
No	42	44,2%
No sabe	7	7,4%
Totales	95	100,0%

COMENTARIO:

Los resultados obtenidos, reflejan que un 48.4% opina que si prestan atención a las sugerencias, opiniones e inconformidades de los pacientes, y un 44.2% que no, que es un porcentaje un poco inferior, esto indica que las respuestas reflejan una proporción semejante, por un poco más de la mitad que si, y por un poco menos que no, reflejando que varía la opinión de los pacientes.

20. Que sugerencias haría para que la Unidad de Salud le brinde un mejor servicio?

OBJETIVO: Conocer las sugerencias que mas frecuentemente hacen los usuarios para que la unidad de salud mejore sus servicios.

Cuadro No. 26

Alternativas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Que los médicos sean mas puntuales	33	34,7%
Que el personal sea más amable y se comuniquen mejor	40	42,1%
Mejorar la limpieza	29	30,5%
Que se renueve e incremente el equipo de uso médico	21	22,1%
Que se incremente y mejore la existencia de medicamentos	53	55,8%
Que se incremente los médicos en las diferentes especialidades	34	35,8%
Pedir la opinión al usuario para fijar la hora y fecha de la cita para que sean más próximas	20	21,1%
Mejorar la cobertura de horarios para consulta	20	21,1%

COMENTARIO:

Los resultados que reflejan esta pregunta, son de vital importancia para la investigación, la mayoría de pacientes opino que la sugerencia que ayudaría a brindar un mejor servicio es que se incremente y mejore la existencia de medicamentos 55.8%, y la otra opción con un 42.1% que el personal sea más amable y se comuniquen mejor y una tercera sugerencia, con un 35.8% que se incrementen los médicos en las distintas especialidades, y son estas sugerencias que deben ser atendidas para brindar un servicio con calidad y mejor.

ANEXO No.09

TABULACIÓN DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS EMPLEADOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE SAN MARCOS.

DATOS GENERALES:

1. Edad:

Objetivo: Conocer la edad de los empleados de la Unidad de Salud.

Cuadro No. 1

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
20 a 26 años	4	10,0%
27 a 33 años	13	32,5%
34 a 40 años	10	25,0%
41 a 47 años	5	12,5%
48 a 54 años	8	20,0%
Total	40	100%

Comentario: El cuadro muestra que el mayor número de los empleados entrevistados se encuentra entre 27 y 40 años de edad, lo que indica que en la Unidad de Salud, el personal es relativamente joven.

2. Sexo:

Objetivo: Conocer que proporción de empleados de género femenino y masculino trabajan en la unidad de salud.

Cuadro No. 2

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	26	65,0%
Masculino	14	35,0%
Total	40	100%

Comentario: La mayor parte del personal entrevistado (65%) es femenino, lo cual refleja una situación común al resto de establecimientos de salud.

3. Nombre del Puesto que desempeña:

Objetivo: Conocer el nombre y la distribución de los diferentes puestos que existen en la unidad de salud.

Cuadro No. 3

NOMBRE DEL PUESTO	NÚMERO DE EMPLEADOS
MÉDICO GINECÓLOGO	1
MÉDICO SERVICIO SOCIAL	2
ODONTÓLOGO	5
MÉDICO CONSULTANTE	5
MÉDICO ESPECIALISTA	1
MÉDICO PEDIATRA	1
ENFERMERA	5
ENFERMERA COMUNITARIA	2
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	3
AUXILIAR DE LABORATORIO	1
ASISTENTE DENTAL	1
SECRETARIA	2
ENFERMERA DE AÑO SOCIAL	2
ORDENANZA	2
ODONTÓLOGO SERVICIO SOCIAL	2
PROFESIONAL DE LABORATORIO	2
ENCARGADA DE FARMACIA	1
VIGILANTE	1
AUXILIAR DE FARMACIA	1
TOTAL	40

Comentario: En el cuadro se presenta el número de empleados que se tomó como muestra, excluyéndose los que no están relacionados directamente con la consulta externa.

4. Tiempo de Servicio en la Unidad de Salud:

Objetivo: Determinar el tiempo de servicio que tienen los empleados en la unidad de salud para conocer su estabilidad laboral.

Cuadro No. 4

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
de 1 mes a 12 meses	9	22,5%
mas de 1 año a 3 años	6	15,0%
mas de 3 años a 5 años	5	12,5%
mas de 5 años a 7 años	2	5,0%
mas de 7 años a 9 años	3	7,5%
mas de 9 años a 11 años	15	37,5%
Total	40	100%

Comentario: Gran parte de los empleados entrevistados ha trabajado en la unidad de salud desde antes de su inauguración en las actuales instalaciones, hace once años, para efectos de esta investigación, se ha tomado solo el tiempo de funcionamiento en el actual local, a partir de estos datos se puede establecer que existe bastante estabilidad laboral. Se da también la situación de que un buen número de personal, tiene menos de un año de trabajar ahí, ya que se auxilian mucho de estudiantes en servicio social.

DATOS ESPECÍFICOS:

PARTE I

1. Me gusta mi trabajo

Objetivo: Conocer si los empleados están satisfechos con el trabajo que desempeñan y si esto influye en el desempeño del mismo.

Cuadro No. 5

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	39	97,5%
Desacuerdo Total	1	2,5%
Total	40	100%

Comentario: De acuerdo a los resultados, un 97.5% de los empleados entrevistados ha expresado que les gusta su trabajo, lo cual indica que casi todos se sienten satisfechos con su trabajo y con el lugar donde lo realizan.

2. Es más importante la cantidad de trabajo, que realizo, que su calidad

Objetivo: Identificar el grado de importancia que tiene el trabajo para los empleados y que aspecto cuidan mas, si la cantidad de trabajo que realizan o su calidad.

Cuadro No. 6

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	3	7,5%
Desacuerdo Total	37	92,5%
Total	40	100%

Comentario: Los resultados obtenidos reflejan que el 92.5% de los encuestados considera que la calidad de su trabajo es más importante que la cantidad, lo que significa que la mayoría está consciente de la importancia que tiene la calidad en la prestación de servicios de salud.

3. Frecuentemente se dan reconocimientos a los empleados cuando hacen bien su trabajo

Objetivo: Saber si se otorgan frecuentemente reconocimientos a los empleados, cuando desempeñan bien su trabajo, para indagar si existe un programa de incentivos y cómo influye ésta situación en su grado de motivación.

Cuadro No. 7

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	5	12,5%
Desacuerdo Total	35	87,5%
Total	40	100%

Comentario: De acuerdo a la información obtenida, el 87.5% de los encuestados, ha expresado que en la unidad de salud no acostumbran dar reconocimientos o incentivos por buen desempeño; Con relación a esto, las autoridades del establecimiento, deberían poner atención a este aspecto y crear un programa de incentivos que no genere mayores gastos, pues de alguna manera, muchos empleados se sienten motivados a hacer mejor su trabajo cuando se les hace algún reconocimiento.

4. El mobiliario y equipo con el que realizo mi trabajo se encuentra en buen estado.

Objetivo: Determinar el estado actual del mobiliario y equipo de trabajo de los empleados, y si esto ocasiona atrasos e inconvenientes en la realización de sus labores.

Cuadro No. 8

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	13	32,5%
Desacuerdo Total	27	67,5%
Total	40	100%

Comentario: Los datos reflejan que un 67.5% de los entrevistados manifiestan que el mobiliario y equipo que utilizan para realizar su trabajo, no se encuentra en buen estado. Ya que no cuentan con ingresos propios, la dirección de la unidad de salud debería ser más insistente y convincente con las autoridades de salud para que les provean de estos recursos o buscar ayuda con otras entidades.

5. Cuento con el material necesario, en el momento en que necesito realizar mi trabajo.

Objetivo: Averiguar si los trabajadores cuentan con el material necesario en el momento en que realizan sus labores, y si esto limita el desempeño de su trabajo.

Cuadro No. 9

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	10	25,0%
Desacuerdo Total	30	75,0%
Total	40	100%

Comentario: La información obtenida, refleja que un 75% de los encuestados manifiesta no contar con el material necesario cuando lo necesitan; esto indica que existen problemas en cuanto a la provisión de recursos para la Unidad de Salud, es necesario que las autoridades de salud pongan atención a esta situación y que la dirección trate de buscar otros medios para suplir esta necesidad.

6. La gente con la que trabajo es cooperativa y agradable.

Objetivo: Indagar el ambiente laboral, que existente entre los empleados de la institución.

Cuadro No. 10

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	31	77,5%
Desacuerdo Total	4	10,0%
Parcialmente de acuerdo	5	12,5%
Total	40	100%

Comentario: Respecto a los datos obtenidos, el 77.5% de los entrevistados consideran que la gente con la que trabaja es cooperativa y agradable, lo que podría indicar que existen buenas

relaciones interpersonales, a pesar de este resultado, surgieron varios comentarios de los entrevistados que indican que hay puntos críticos que necesitan atención.

7. He recibido capacitación y orientación adecuada para desempeñar mi trabajo.

Objetivo: Verificar si reciben capacitaciones los empleados para mejorar el desempeño del trabajo en las diferentes áreas de la unidad de salud.

Cuadro No. 11

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	31	77,5%
Desacuerdo Total	9	22,5%
Total	40	100%

Comentario: De acuerdo a los resultados, el 77.5% de los encuestados manifiesta que ha recibido capacitación y orientación adecuada para desempeñar su trabajo. Esto indica que los empleados además de los conocimientos que han adquirido en su formación académica, reciben con frecuencia capacitaciones en su área respectiva, por parte del Ministerio de Salud.

8. A veces me siento presionado en el trabajo.

Objetivo: Conocer si existen un ambiente tenso que pueda ocasionar insatisfacción en los empleados y si estos son afectados en el ejercicio de sus actividades laborales y en la atención que ofrecen a los usuarios.

Cuadro No. 12

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	19	47,5%
Desacuerdo Total	21	52,5%
Total	40	100%

Comentario: Conforme a los resultados, un 52.5% de los encuestados ha manifestado no sentirse presionado en su trabajo, sin embargo la diferencia es muy poca ante la opinión contraria, lo que indica que si existe un grado de presión considerable, mas que todo por la elevada afluencia de usuarios, esta situación puede ocasionar que se preste un servicio deficiente.

9. Los empleados de mi departamento trabajan como equipo.

Objetivo: Identificar si existe un grado de conciencia en los empleados sobre lo que significa trabajar en equipo y esto influye en el servicio que brindan a los pacientes.

Cuadro No. 13

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	26	65,0%
Desacuerdo Total	14	35,0%
Total	40	100%

Comentario: Los datos reflejan que un 65% de los entrevistados considera que en su departamento se trabaja como equipo, esto significa que existe un grado aceptable de integración y voluntad de obtener los objetivos en conjunto, además de ser incentivados por su jefe, sin embargo, es necesario que trabajen mas por integrar mejor a los empleados.

10.La Dirección informa adecuadamente a los empleados, sobre temas de interés y asuntos de trabajo, relacionados con la Unidad de Salud.

Objetivo: Determinar el grado de comunicación entre la dirección y los empleados y si estos son informados adecuada y continuamente sobre asuntos de trabajo e interés de la institución.

Cuadro No. 14

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	24	60,0%
Desacuerdo Total	16	40,0%
Total	40	100%

Comentario: Según los datos obtenidos, el 60% de los encuestados afirma que la Dirección les informa adecuadamente, sobre temas de interés, y asuntos de trabajo; Esto indica que existe una buena comunicación entre la Dirección y el personal, no obstante, se sugiere que se realicen mejoras en la comunicación, pues es necesario que todo el personal se mantenga bien informado constantemente.

11.Mi jefe valora mis intervenciones y opiniones.

Objetivo: Conocer si las jefaturas toman en consideración las opiniones, sugerencias y observaciones que realizan los empelados en todas las áreas operativas de la unidad de salud.

Cuadro No. 15

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	27	67,5%
Desacuerdo Total	9	22,5%
Parcialmente de acuerdo	4	10,0%
Total	40	100%

Comentario: Conforme a los resultados, el 67.5% de los encuestados manifiesta que su jefe valora sus intervenciones y opiniones, esto significa que existe un buen nivel de entendimiento y comunicación entre jefes y empleados.

12. Recomendaría la unidad de salud a mis familiares.

Objetivo: Investigar si los empleados consideran satisfactorio el servicio que brinda la unidad de salud como para recomendarlo a sus familiares.

Cuadro No. 16

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	34	85,0%
Desacuerdo Total	6	15,0%
Total	40	100%

Comentario: Según los datos obtenidos, el 85% de los entrevistados opina que recomendaría la Unidad de Salud a sus familiares, significa que la mayoría de los que laboran ahí, confían en que sus familiares serán bien atendidos y estarán satisfechos del servicio recibido.

13. Los empleados en la unidad de salud tienen una actitud de cuidado y respeto hacia los pacientes.

Objetivo: Investigar si los empleados están conscientes del trato que brindan a los pacientes en la consulta, y si consideran que éste es bueno.

Cuadro No. 17

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	32	80,0%
Desacuerdo Total	8	20,0%
Total	40	100%

Comentario: De acuerdo a la información, el 80% de los encuestados considera que los empleados en la unidad de salud tienen una actitud de cuidado, y respeto hacia los pacientes, lo que indica que según la percepción de la mayoría, el paciente es muy bien tratado, sin embargo hay opiniones, sobre todo de médicos que han percibido malos

tratos de cierto personal hacia los pacientes; por lo que la dirección debe centrar su atención en este personal para ser concientizado y capacitado.

14. Mi jefe me ayuda a resolver los problemas de trabajo.

Objetivo: Investigar si las jefaturas participan activamente en la resolución de problemas laborales entre los empleados.

Cuadro No. 18

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	35	87,5%
Desacuerdo Total	1	2,5%
Parcialmente de acuerdo	4	10,0%
Total	40	100%

Comentario: Con relación a los datos obtenidos, el 87.5% de los encuestados manifiesta que su jefe le ayuda a resolver los problemas de trabajo, lo cual significa que existe un alto grado de cooperación, interés e involucramiento de los jefes con los empleados para resolver problemas.

15. El trabajo se distribuye equitativamente en mi departamento.

Objetivo: Determinar si las autoridades de la unidad de salud tienen el cuidado de distribuir equitativamente la carga laboral o si se favorece a ciertos empleados y áreas operativas, recargando y sobresaturando a otros.

Cuadro No. 19

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	26	65,0%
Desacuerdo Total	14	35,0%
Total	40	100%

Comentario: De acuerdo a los resultados, el 65% de los empleados encuestados considera que el trabajo se distribuye equitativamente en su departamento, esto indica las funciones para cada puesto están bien definidas y distribuidas y que los respectivos jefes velan porque la carga de trabajo sea equitativa y justa para cada empleado, sin embargo, un porcentaje considerable, (35%) opina lo contrario, por lo que las jefaturas deben poner mayor cuidado en la forma en que se distribuye el trabajo.

16. La Unidad de Salud cuenta con una buena limpieza en sus instalaciones.

Objetivo: Determinar si las instalaciones se encuentran en condiciones higiénicas.

Cuadro No. 20

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	14	35,0%
Desacuerdo Total	26	65,0%
Total	40	100%

Comentario: Conforme a los datos obtenidos, el 65% de los empleados opina que la Unidad de Salud no cuenta con una buena limpieza en sus instalaciones, esto indica que existe cierta deficiencia en el aseo de las instalaciones de la unidad de salud, considerando la naturaleza de sus servicios, este es un punto crítico, ya que debería mantenerse una buena limpieza.

17. Mi jefe toma decisiones justas.

Objetivo: Investigar si existe un trato justo y equitativo en todas las áreas de trabajo, con los empleados, y si existen preferencias que puedan afectar el clima laboral y crear inconformidades entre compañeros de trabajo.

Cuadro No. 21

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	26	65,0%
Desacuerdo Total	9	22,5%
Parcialmente de acuerdo	5	12,5%
Total	40	100%

Comentario: Según los resultados, el 65% de los encuestados considera que su jefe toma decisiones justas, esto indica que los jefes se interesan bastante en las opiniones de los empleados y toma decisiones que benefician a la mayoría.

18. La Unidad de Salud tiene una buena reputación en la comunidad.

Objetivo: Saber si los empleados perciben si a los usuarios les satisface y tienen una buena concepción del servicio que les ofrece la unidad de salud.

Cuadro No. 22

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	30	75,0%
Desacuerdo Total	2	5,0%
Parcialmente de acuerdo	8	20,0%
Total	40	100%

Comentario: De acuerdo a los resultados, el 75% de los entrevistados opinan que la Unidad de Salud tiene una buena reputación en la comunidad, la mayoría de los empleados ha percibido buenos comentarios de parte de los usuarios con respecto a la unidad de salud, de igual modo, lo pueden detectar con la alta afluencia de pacientes o cuando éstos vuelven a hacer uso de sus servicios.

19. Mi jefe es muy bueno propiciando el trabajo en equipo.

Objetivo: Determinar el nivel de participación de las jefaturas en la organización de las áreas operativas, así como fomentando el trabajo en equipo.

Cuadro No. 23

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	31	77,5%
Desacuerdo Total	9	22,5%
Total	40	100%

Comentario: Conforme a los datos obtenidos, el 77.5% de los encuestados considera que su jefe es muy bueno propiciando el trabajo en equipo, esto indica que la mayoría de los jefes están concientes de la importancia del trabajo en equipo para el mejor logro de los objetivos.

20. La administración está dispuesta a hacer uso de nuevos métodos e ideas para mejorar el ambiente y las condiciones de trabajo en la unidad de salud.

Objetivo: Averiguar la disposición de la administración, en innovar y utilizar nuevos conceptos e ideas que propicien un cambio organizacional favorable, que ayude a mejorar la calidad en el servicio y que mejore las actividades laborales de los empleados.

Cuadro No. 24

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo Total	22	55,0%
Desacuerdo Total	18	45,0%
Total	40	100%

Comentario: Los datos obtenidos reflejan que el 55% de los empleados entrevistados, considera que la administración está dispuesta a hacer uso de nuevos métodos e ideas para mejorar el ambiente y las condiciones de trabajo, lo cual significa que la dirección toma en cuenta las opiniones y sugerencias de algunos empleados y además busca nuevas formas para introducir mejoras en el establecimiento, sin embargo, hay un porcentaje considerable (45%), que opina lo contrario.

PARTE II

1. ¿Considera necesario mejorar la calidad en el servicio que se ofrece a los usuarios de la consulta externa?

Objetivo: Conocer la opinión de los empleados sobre la necesidad de implementar un proceso de mejoramiento de la calidad en el servicio que se presta en la consulta externa.

Cuadro No. 25

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	95,0%
NO	2	5,0%
Total	40	100%

Comentario: Conforme a los resultados, el 95% de los encuestados opina que es necesario mejorar la calidad en el servicio que se ofrece al usuario en la consulta externa, esto significa que casi todos los empleados están de acuerdo en que se debe mejorar la calidad que actualmente se brinda en los servicios que la unidad presta, poniendo especial cuidado a los aspectos detectados como deficientes.

2. ¿Tienen políticas de calidad, en la atención al usuario en consulta externa?

Objetivo: Determinar si existen políticas de calidad en la atención que se brinda al usuario de los servicios de salud.

Cuadro No. 26

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	70,0%
NO	12	30,0%
Total	40	100%

Comentario: El 70% de los encuestados, afirma que existen políticas de calidad en la atención al usuario en consulta externa, sin embargo hay un porcentaje considerable que desconoce la existencia de estas políticas, por lo que es necesario que la dirección se interese porque todo el personal involucrado las conozca y las ponga en práctica.

3. ¿Reciben capacitaciones, para mejorar la calidad en el servicio de consulta externa a los pacientes?

Objetivo: Indagar si existe una programación integral y constate de capacitación a los empleados, para mejorar la calidad en el servicio de consulta externa.

Cuadro No. 27

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	55,0%
NO	18	45,0%
Total	40	100%

Comentario: Los datos obtenidos reflejan que el 55% de los empleados encuestados reciben capacitaciones para mejorar la calidad en el servicio que se brinda a los pacientes, no obstante, un 45% manifiesta no haber recibido ninguna capacitación al respecto, por lo que es recomendable que la dirección se preocupe por que todo el personal involucrado con la consulta externa reciba este tipo de capacitaciones, tomando en cuenta sus propias necesidades, ya que la calidad debe ser integral.

¿Cada cuanto tiempo?

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	7	31,8%
Trimestral	6	27,3%
Semestral	2	9,1%
Anual	5	22,7%
Otros	2	9,1%
Total	22	100%

Comentario: De los 22 encuestados que contestaron afirmativamente, el 31.8% manifiesta que las capacitaciones son mensuales y un 27.3% dicen recibirlas trimestralmente.

4. ¿ Cree usted que debe prestar más atención y cuidado en ofrecer un mejor servicio en la atención a los pacientes, que en la cantidad o número de pacientes atendidos diariamente?

Objetivo: Identificar qué consideran mas importante los empleados de la unidad de salud, si atender más cantidades de pacientes que esmerarse por brindar un mejor servicio.

Cuadro No. 28

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	95,0%
NO	2	5,0%
Total	40	100%

Comentario: De acuerdo a estos datos, un 95% de los empleados encuestados considera que debe prestar más atención y cuidado en ofrecer una mejor atención a los pacientes, que en la cantidad o número de pacientes atendidos diariamente; Esto indica que casi todos los empleados están conscientes en que es más importante ofrecer una buena atención a los pacientes que preocuparse por el número de pacientes que deban atender diariamente, a pesar de esto, muchos de ellos expresan que por las exigencias de las autoridades de salud y la alta demanda de esta zona, muchas veces se antepone la cantidad de pacientes atendidos a la calidad del servicio.

5. ¿ Cree que es necesario brindar atención a las quejas, sugerencias o comentarios de los pacientes usuarios de la unidad de salud, en lo referente a inconformidades en el servicio recibido en la consulta?

Objetivo: Investigar si los empleados consideran importante que se atiendan las quejas, sugerencias y comentarios de los pacientes y sus inconformidades en la consulta.

Cuadro No. 29

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	95,0%
NO	2	5,0%
Total	40	100%

Comentario: El 95% de los empleados encuestados considera que es necesario brindar atención a las quejas, sugerencias o comentarios de los usuarios, en lo referente a inconformidades en el servicio recibido en la consulta; Lo que significa que los empleados de la unidad de salud, están interesados en conocer las opiniones de los usuarios para mejorar la atención brindada.

6. ¿Cuándo surgen conflictos laborales entre sus compañeros o su jefe, de que manera son resueltos?

Objetivo: Conocer la forma en que son resueltos los conflictos laborales en la institución.

Cuadro No. 30

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Se resuelven rápidamente	20	50,0%
Cuesta llegar a un consenso pero es resuelto	12	30,0%
No se resuelven	6	15,0%
No ha habido conflictos	2	5,0%
Total	40	100%

Comentario: Conforme a los resultados, el 50% de los encuestados afirma que cuando surgen conflictos laborales entre sus compañeros o su jefe, estos son resueltos rápidamente, mientras un 30% considera que cuesta llegar a un consenso pero se resuelven y un 15% considera que no se resuelven; Esto indica que existe cierto grado de dificultad para resolver los conflictos, sería recomendable que la dirección convocara periódicamente para discutir este tipo de problemas y fomente el diálogo y el consenso para la pronta solución de los conflictos.

7. Considera que en la Unidad de Salud se atiende a los usuarios eficientemente?

Objetivo: Conocer la opinión de los empleados, respecto a la eficiencia de los servicios que prestan.

Cuadro No. 31

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
SI	29	72,5%
NO	11	27,5%
Total	40	100%

Comentario: Los datos reflejan que el 72.5% de los encuestados considera que en la Unidad de Salud se atiende a los usuarios eficientemente. Esto significa que la mayoría de los empleados cree que el servicio que ofrecen y la calidad de su trabajo satisface las expectativas de los usuarios de la unidad de salud, sin embargo, según comentarios de muchos empleados existen bastantes aspectos que necesitan mejora, por lo que no se puede afirmar que la atención es totalmente eficiente.

8. ¿Realizan algún control o utilizan algún mecanismo para evaluar si el servicio que se esta brindando a los usuarios de la consulta externa es el adecuado?

Objetivo: Detectar qué mecanismos de control utilizan en la institución para evaluar el servicio que se brinda a los pacientes en la consulta.

Cuadro No. 32

Alternativas	Frecuencia	Porcent.
No hay control ni mecanismos	4	10,0%
Hay evaluaciones constantes de parte de la administración	28	70,0%
No sabe	7	17,5%
Por cumplimiento de objetivos en el área de trabajo	1	2,5%
Total	40	100%

Comentario: El 70% de los empleados encuestados afirma que se tienen mecanismos y se realizan controles para evaluar el servicio que se está brindando a los usuarios de la consulta externa, sin embargo hay un porcentaje considerable que afirma que no existen controles ni mecanismos o que desconocen que los haya, por lo que es recomendable que la dirección dé a conocer a todos los empleados estos mecanismos e informe de mejor manera ésta y todas las disposiciones que se estén ejecutando, ya que solo de esta forma todos los empleados pueden cooperar para el cumplimiento de las mismas.

9. Como evalúa el ambiente de trabajo en el que se desempeña:

Objetivo: Realizar una evaluación del ambiente laboral y la manera en que se desempeñan los trabajadores en la unidad de salud.

Cuadro No. 33

Alternativas	Aspectos													
	Limpieza en sus instalaciones		Mobiliario y equipo que utiliza		Compañerismo		Relación con su jefe		Instalaciones de su lugar de trabajo		Manejo de conflictos entre sus compañeros y su jefe		Comunicación entre el personal	
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Excelente	3	7%	1	3%	6	15%	12	30%	6	15%	3	8%	9	23%
Muy Bueno	5	13%	4	10%	12	30%	14	35%	17	43%	13	33%	10	25%
Bueno	9	23%	11	28%	16	40%	10	25%	13	33%	16	40%	13	33%
Regular	12	29%	11	28%	4	10%	3	8%	4	10%	6	15%	3	8%
Malo	11	28%	13	33%	2	5%	1	3%	0	0%	2	5%	5	13%
Total	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%

Comentario: De acuerdo a los datos obtenidos, **la limpieza** en instalaciones fue evaluada como regular por un 29% de los encuestados y como mala por un 28%, la suma de los dos porcentajes representa el 57%, pero la diferencia es muy poca ante la opinión de quienes la evalúan como buena, muy buena y excelente (43%), sin embargo la dirección debe poner atención a este aspecto, ya que, la limpieza, al igual que el mobiliario, equipo y materiales, son puntos críticos evaluados como deficientes. El estado del **mobiliario y equipo** que los empleados utilizan, es evaluado como malo por un 33% de los encuestados, como regular, por un 28% y como bueno por otro 28%, evidentemente, es necesario que la entidad correspondiente del Ministerio de Salud, preste atención a las peticiones de nuevo mobiliario, equipo y materiales que se utilizan en la unidad de salud.

10. ¿Que aspectos, según usted, deben mejorarse para brindar una mejor atención en la consulta externa a los pacientes?

Objetivo: Conocer los aspectos, que a juicio de los empleados, deben mejorarse para brindar una mejor atención en la consulta médica.

Cuadro No. 34

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Mejorar las relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo	15	34,9%
Mejorar la empatía con los pacientes a través de capacitaciones	14	32,6%
Mejor distribución de los recursos disponibles	16	37,2%
Aumento del personal médico	22	51,2%
Mejorar la cobertura en horarios de consulta	9	20,9%
Mejor coordinación entre el personal para brindar un mejor servicio	14	32,6%
Distribuir el trabajo y las funciones mas equitativamente y definir las funciones de cada trabajador	19	44,2%

Comentario: Según los datos obtenidos, las sugerencias que los empleados señalaron con mayor frecuencia, fueron: Aumento del personal médico; Distribuir el trabajo y las funciones mas equitativamente y definir las funciones de cada trabajador; Mejor distribución de los recursos disponibles.

La insuficiencia de personal médico ante la enorme afluencia de usuarios de la unidad de salud, se relaciona con mejorar la cobertura en horarios de consulta, por ejemplo, comenzando a atender mas temprano, creando otros turnos o turnarse a la hora del receso de medio día. Con la distribución de los recursos disponibles, es necesario que la dirección evalúe los recursos con los que cuenta la unidad de salud y estudiar la forma de optimizarlos.

ANEXO No. 10

RESPUESTAS DE JEFATURAS Y COORDINADORES DE ÁREAS A LA GUÍA DE ENTREVISTA.

1. Utilizan actualmente algún sistema de gestión de calidad en su departamento, y si lo tienen ¿cómo funciona? (explicar)

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

Si, hay un plan de mejoramiento de consulta, en el cual funcionan dos comités: Comité de Calidad que se ocupa de observar y captar irregularidades en la atención, y Comité de Gestión de Calidad, que esta integrado por el Director, que es quien preside y los jefes de las distintas áreas y se reúnen cada quince días para discutir, analizar y proponer soluciones a problemas que los integrantes del comité de calidad exponen y de las quejas y sugerencias provenientes del buzón de sugerencias o de los pacientes que se quejan directamente con el Director. El comité de gestión de calidad trata de encontrar soluciones a todos los problemas que les plantean, pero con los problemas relacionados con la escasez de recursos, no pueden hacer casi nada.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

No hay un sistema de gestión de calidad como tal. Solo existen dos comités: Comité de Calidad y Comité de Gestión de Calidad, del cual él forma parte, ya que se integra por jefes de áreas, en este se discute y se busca solución a problemas relacionados con la atención de los pacientes.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

Si, hay un sistema de calidad, que funciona por medio del buzón de sugerencias, también hay dos comités: De calidad y de Gestión de Calidad, ella no forma parte del comité de gestión de calidad, sino una persona encargada del área administrativa que observa como trabaja el área de archivo, a ella la llaman a estas reuniones cuando se ha reportado algún problema o deficiencia en archivo.

2. ¿Cuentan con políticas de calidad en atención al usuario? (si las hay mencione algunas)

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

No hay un manual de políticas de calidad, propio de la unidad de salud; solamente se guían por las políticas inmersas en los programas de salud de cada área, por ejemplo: Tiempo para atender al paciente, forma de examinar al paciente. Según el Director, en los programas de salud,

existen muchos criterios de calidad, aquí no se menciona “políticas de calidad”, propiamente, sino que el personal de cada área tiene que identificarlas en cada programa. El personal es capacitado para que tenga conocimiento del programa y saber atender conforme a sus lineamientos.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

No, a excepción de las que se mencionan en los programas de salud de cada área, para el caso de odontología, hay normas, como el número de pacientes por hora que se deben atender, el tratamiento para cada tipo de pacientes (niños, embarazadas, adultos), es mas que todo, los lineamientos de cada programa.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

Si hay algunas, pero se las comunica verbalmente el Director, como: atender pronto a los pacientes, atenderlos bien.

3. ¿Existen políticas de capacitación para los empleados enfocadas al fortalecimiento en su área de trabajo y con orientación a la satisfacción de los pacientes?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

Hay políticas de desarrollo humano, el Ministerio de Salud mantiene un programa de capacitación, pero la asistencia del personal de la Unidad de Salud, no es regular, estos van cuando se puede, pierden varias capacitaciones ya sea por estar en la campaña de dengue o por el exceso de trabajo de la Unidad de salud. Cada semana o cada quince días hay capacitaciones, también se otorgan becas. Las capacitaciones son mas frecuentemente, para personal médico y enfermeras.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

No, de parte del Ministerio de Salud, no hay. Es el SIBASI de zona sur con apoyo de otras instituciones, el que organiza capacitaciones formales una vez al año para odontólogos, ofreciendo una capacitación semanal durante un mes y medio.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

Por lo menos, constantemente, no hay capacitaciones, ella recuerda que solo una vez la mandaron a una capacitación para el desempeño de su trabajo en la unidad de salud.

4. ¿Qué sugerencias daría para el mejoramiento del servicio de consulta externa?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

- ✓ Que se inserte tecnología en la Unidad de Salud, por ejemplo, Intranet y que cada médico tenga una computadora y accedan al archivo, lo que simplificaría el trabajo e incluso se podría obviar el paso de archivo, además el Director podría monitorear el trabajo de los médicos.
- ✓ Que se incremente el personal en archivo y que sea calificado y eficiente y que se capacite mas a menudo.
- ✓ Que se incremente personal en otras áreas, por ejemplo enfermeras, pues, aun con las enfermeras de servicio social, no se cubren las necesidades de la unidad de salud (hay una enfermera graduada para los diez consultorios y debería haber una por cada dos consultorios) Laboratorio, también necesita mas recurso humano para cubrir mas la alta demanda.
- ✓ Que se pueda capacitar a todo el recurso humano en calidad en atención al usuario.
- ✓ Que se cree un plan, ya sea a nivel de la unidad de salud o del Ministerio de Salud, para educar a los usuarios para que hagan un uso racional de los recursos de las Unidades de Salud.
- ✓ Que les asignen mayor presupuesto a las Unidades de Salud, que les permita mejorar la existencia de medicamentos, mejorar el equipo tanto en cantidad como en modernización, por ejemplo adquirir computadoras y programas que contribuyan a agilizar y simplificar el trabajo, equipo sofisticado en laboratorio y además reemplazar el mobiliario y equipo que actualmente tiene la unidad de salud, que esta en malas condiciones.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

- ✓ Que se usen expedientes para los pacientes de odontología, si estos ya han pasado consulta de otro tipo y ya tienen expediente en la Unidad de Salud, podría usarse el mismo, si hubiera una mejor organización de estos expedientes o si el sistema estuviera computarizado, ya que cuando llegan los pacientes, los odontólogos desconocen totalmente el historial del paciente y esto le puede traer problemas graves al paciente (por ejemplo si no tolera la anestesia), además les serviría para llevar un mejor control del paciente.
- ✓ Que se separe por cubículos cada área de atención del paciente, pues en el mismo consultorio están bien cerca los muebles donde se les trabaja a varios pacientes a la vez, esto es insalubre e inseguro ya que en el caso de rellenos, por ejemplo, se esparcen elementos contaminantes por cada paciente que pueden afectarlos entre sí.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

- ✓ Que el personal respete los horarios de atención
- ✓ Mejorar la distribución del trabajo de los médicos, que se mejore la cobertura de sus horarios, ya que considera que sabiéndolos distribuir mejor, pueden dar abasto a la alta demanda del servicio.

5. ¿Cuáles son las principales inconformidades, inconvenientes y limitaciones que tiene su área de trabajo y por qué no han podido superarlos?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

El presupuesto es la principal limitante, la dirección gestiona muchas cosas pero no se las conceden, hay prioridad en solicitar medicina y aun así, no obtienen la suficiente.

Ninguna otra institución o entidad esta dispuesta a ayudar a la unidad de salud; ya antes han pedido ayuda y les han dicho que ellos ya tienen su presupuesto y que están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud; Con respecto al dengue por ejemplo, la alcaldía municipal debería tener mayor responsabilidad y ayudar a tratar este problema.

Hay un comité de la comunidad llamado “Consulta Ciudadana”, que a veces hace alguna donación o les brinda alguna ayuda, ellos hacen actividades y recaudan fondos y a veces ayudan un poquito pero no tienen responsabilidad de hacerlo siempre. La Dirección ya ha negociado con algunas instituciones de San Marcos y no han obtenido una respuesta positiva.

Los problemas por falta de recursos son muchos y no ve una solución pronta si el presupuesto no es incrementado.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

- ✓ No contar con un mando formal que vele por los intereses de los odontólogos
- ✓ No tener lo mínimo necesario para cumplir con las medidas de bio-seguridad, por ejemplo: el ministerio no les provee de guantes de cirugía, solo de diagnóstico, que son más delgados y cuando hacen trabajos delicados, deben ponerse hasta tres pares de guantes, no proveen de materiales suficientes como: Gabachas desechables, mascarillas, gorros, caretas, las gabachas deberían cambiarse al menos una vez por día y tienen que usarla por varios días, la mascarilla debería usarse una por paciente o por lo meno una cada día, el gorro debería ser al menos uno cada día y una careta para cada odontólogo, estas se las tienen que estar prestando.

El problema no se puede superar fácilmente pues el Ministerio de Salud da un presupuesto muy limitado.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

- ✓ Las maquinas de escribir no sirven
- ✓ No hay papeleras, ficheros, tablas separadoras
- ✓ Es necesario tener computadoras, porque el trabajo se agilizaría enormemente y porque la demanda es bastante grande.
- ✓ No hay mobiliario en buen estado.

El problema es con el presupuesto, que no alcanza y no dan nuevo equipo o materiales ni para reparar equipo.

6. ¿Tiene conocimiento de cuales son las principales quejas, inconformidades e insatisfacciones de los usuarios al momento de pasar consulta, y como han pensado solucionarlos?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

Si, ya se tienen detectadas las áreas críticas en orden de importancia:

- 1° Farmacia: Por la falta de medicamentos
- 2° Laboratorio Clínico: Los pacientes se quejan porque no les quieren hacer los exámenes, les dicen que vuelvan otro día, que ya no los pueden atender, que los tratan mal. Esto se da porque la capacidad de laboratorio es insuficiente para suplir la alta demanda; En realidad las empleadas de archivo no tienen manera para decirle a los pacientes que ya no pueden atenderlos, no les explican por qué.
- 3° Archivo: Las empleadas son pesadas, se quejan por mal trato.
- 4° Las enfermeras: No tratan bien a los pacientes, que no les hacen caso.
- 5° Los doctores: Que no están en su consultorio, que se tardan en llegar o que no escuchan a los pacientes.

La Dirección ya ha tomado medidas, hace lo que esta dentro de sus posibilidades, habla continuamente con los empleados de estas áreas, a las de laboratorio clínico no les puede pedir que atiendan a mas personas pues sobrepasan por mucho su capacidad, lo que esta bastante difícil es adquirir mas medicinas, pues el presupuesto no alcanza. Solicitan al Ministerio de Salud lo que están necesitando y no les proveen, en este sentido, es difícil encontrar una solución. El Director dice que no puede despedir a los empleados que dan mucho problema, porque se quejan en el Ministerio de Salud y es más fácil que lo quiten a él.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

- ✓ la gente se molesta cuando no se le puede atender porque se han quedado sin material,
- ✓ Falta de medicamentos
- ✓ Cuando no hay anestesia, algunos pacientes aceptan que se les trabajen sin anestesia, pero es una molestia para el paciente.

Lo que la Dirección puede hacer, lo hace, pero este problema es por falta de recursos.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

- ✓ Los pacientes quieren pasar más rápido
- ✓ Falta de medicamentos
- ✓ Que no están los médicos en su consultorio

7. Cuando surgen conflictos laborales o diferencias de opinión ¿Qué mecanismos utilizan para solucionarlos?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

El Director no evita que se den conflictos, piensa que cada quien defiende su posición a toda costa, si piensa que tiene la razón; Es normal que haya conflictos, eso indica que el personal aporta ideas. Sin embargo, se fomenta el dialogo, la platica constante y el consenso, se hacen reuniones para llegar a un acuerdo. En el comité de gestión de calidad, a veces se recurre a la votación para que las partes queden conformes. Admite que con los médicos es más difícil tratar los conflictos, la mayoría de ellos son mujeres, dice que son delicadas y de carácter fuerte.

Cuando el conflicto es entre un jefe y un empleado, el Director manda a llamar a ambas partes, luego de haber hablado con cada uno, trata de encontrar una solución junto con ellos y de ser imparcial. Admite que se dan situaciones de incompatibilidad y que varios empleados no se llevan bien entre ellos o con su jefe.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

Se habla con las dos partes y se busca una solución dentro del área, evitando que se recurra al Director. El coordinador afirma que casi nunca se dan estas situaciones.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

Se usa el consenso, se discute el problema y se busca una solución antes de que pase al Director. Sin embargo, la coordinadora dice que existe una buena relación y comunicación en esta área, por lo que no se da esta situación.

8. ¿Qué mecanismos de comunicación se utilizan en su área de trabajo?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

Se utiliza frecuentemente canales de comunicación informal, pero, desde luego, se hacen reuniones con diferentes áreas para informarles asuntos de su interés, se usan notas o se llama a la persona a quien le compete saber la información.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

Cuando hay algo que comunicar, lo hace por medio de reuniones, se pegan avisos o se le dice a la persona que debe saber la información.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

La información se da verbalmente y por escrito.

9. ¿Se realizan evaluaciones del desempeño a empleados y jefes? Si lo hacen ¿Cada cuanto tiempo las llevan a cabo?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

De jefaturas, no se hace evaluación, pero de las áreas si, para evaluar cada área, se utiliza el “Sistema de Información Gerencial” (SIG) sugerido por el Ministerio de Salud; En este método se utilizan tres variable, las cuales se cruzan para determinar los resultados que cada área ha rendido y su nivel de desempeño: Costos, Producción y Tiempo invertido, esta evaluación se hace cada tres meses. También hay un control en base a reportes, que se realiza mensualmente; En el caso de los médicos, son reportes, para laboratorio clínico, son exámenes hechos, para enfermería, son procedimientos. En este tipo de evaluación, se detecta quien esta fallando y se habla con este empleado.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

Si, hay evaluaciones del desempeño, se hacen cada seis meses y de forma individual, el Director es quien las distribuye, cada jefe de área, evalúa a su gente y el Director da el visto bueno, se evalúan aspectos como: responsabilidad, puntualidad, la colaboración con otras áreas, esta evaluación es para jefes y empleados, los jefes son evaluados por el Director.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

Si, se hace una evaluación cada seis meses, es individual y comprende aspectos como: calidad del trabajo, personalidad, colaboración, relaciones interpersonales. El director es quien recibe y evalúa los resultados.

10. ¿Fomentan el trabajo en equipo? Si es así ¿De qué manera lo hacen?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

Si, se fomenta, a pesar del carácter difícil de los médicos, el trabajo en equipo con los médicos los supervisa el Director.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

A nivel de la unidad de Salud, si se hace pero en el área de odontología, no, cada quien ve a sus pacientes, sin embargo, para escuela saludable, si se trabaja en equipo, hay equipos de trabajo y en cada uno de estos, hay un coordinador responsable.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

En archivo si se trabaja en equipo en ciertas actividades para cumplir con las metas de atender mas ágilmente a mayor número de pacientes; Esto se hace a iniciativa de la coordinadora de archivo.

11. ¿Toman en cuenta las opiniones o sugerencias de los empleados, para introducir mejoras en la unidad de salud? ¿Cree usted que es importante tomar en cuenta sus opiniones?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

Si, muchos empleados recurren al director cuando hay algún problema y proponen soluciones, a otros es necesario llamarlos y preguntarles cómo está funcionando su área (mas que todo su son puestos operativos). El director escucha todas las sugerencias que le hacen y él esta consciente del problema pero muchas veces no puede hacer nada cuando el problema tiene que ver con los recursos. Es importante que las opiniones se tomen en cuenta.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

Si se toman en cuenta; Solo que estas sugerencias se tienen que comunicar al Director, él las escucha y si puede hacer algo al respecto, lo hace.

Opina que es importante tomar en cuenta las sugerencias para puedan haber mejoras.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

Si, internamente (en archivo) la coordinadora las toma en cuenta y se las informa al Director.

Piensa que es importante tomar en cuenta las sugerencias sobre todo si son buenas ideas.

12. ¿Tiene conocimiento de la misión y visión de la Unidad de Salud y si existe algún otro elemento como objetivos institucionales, políticas, valores y planes anuales?

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD:

Hay misión y visión y algunos valores que están incluidos en la visión, estos se hicieron tomando en cuenta el criterio de los empleados, solo que la mayoría de los empleados no los recuerdan, pues no hay retroalimentación, ni se han ubicado en las instalaciones en un lugar visible. El Director admite que una de las mayores debilidades en la Unidad de Salud, es la retroalimentación constante, tanto de lo adquirido en las capacitaciones como de información importante, esto se debe, según él, a su trabajo absorbente.

El Director, manifiesta también, que poseen un plan institucional que toma de base al Plan Macro del Ministerio de Salud, del mismo modo, se hace un plan de trabajo anual, anteriormente se basaban en el plan quinquenal del Ministerio de Salud, pero actualmente, ya no es elaborado por el Ministerio. Cada área de la Unidad de Salud, realiza también su propio plan de trabajo, que es muy útil para cumplir con sus objetivos.

COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA:

Sabe que la unidad de salud tiene misión y visión, ya que también él formó parte del grupo que las diseñó, pero no se recuerda de ellas, pues desde el año pasado que se formularon, no las ha vuelto a leer, los valores están incluidos en la visión, también hay objetivos que aparecen en el plan anual, pero no los recuerda.

Odontología tiene un plan de trabajo anual; hacen plan para escuela saludable, para embarazadas y consulta general.

COORDINADORA DE ARCHIVO:

No conoce la misión y la visión, pero sabe que las hay, desconoce si hay objetivos y valores.

La unidad de salud tiene un plan anual y archivo también hace planes de trabajo anuales que se basan en actividades del área por iniciativa de la coordinadora.

ANEXO No. 11

Este es el formato para el plan de implantación del mejoramiento de la calidad, al momento de ponerlo en marcha, se le puede agregar dos columnas; una con la fecha de inicio y otra con la fecha de finalización de cada actividad.

Es de hacer notar, que el proceso aplicado por primera vez será mas largo que cuando se aplique subsecuentemente; seguramente el nuevo ciclo que se inicie después, será mas corto.

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

ETAPAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	PARTICIPANTES	DURACIÓN (SEMANAS)	RECURSOS MATERIALES	INVERSIÓN
ETAPA 1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PROCESO	• Presentación del proceso de mejoramiento de la calidad	Facilitador y Director	Director y jefaturas	1 semana	Retro-proyector, pizarra, papelería	\$ 105.00
	• Construir el comité de calidad	Director	Director y jefaturas	1 semana	Papelería	\$ 9.25
	• Formular la política de calidad	Comité de calidad	Comité de calidad	1 semana	Papelería	
	• Elaborar el plan de implantación del proceso de mejoramiento de la calidad	Comité de calidad (coordinador del comité para la 1ª propuesta)	Comité de calidad	3 semanas	Papelería	

ETAPA 2 INVESTIGACIÓN CON CLIENTES Y USUARIOS	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar técnicas para que los usuarios evalúen la calidad del servicio¹ 	Comité de calidad	Comité de calidad, equipos de calidad, entrevistadores y encuestadores voluntarios	18 semanas (o 4 meses)	Retro-proyector, pizarra, papelería, computadora	\$ 504.28 ²
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosticar el nivel de calidad de los servicios 	Comité de calidad	Comité de calidad	2 semanas	papelería	
ETAPA 3 MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	<ul style="list-style-type: none"> Determinar los procesos de trabajo más importantes 	Comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad	1 semana	Papelería	\$ 4.00
	<ul style="list-style-type: none"> Establecer los estándares de los procesos 	Comité de calidad	Comité de calidad	1 semana	Papelería	
	<ul style="list-style-type: none"> Medir el comportamiento de los procesos 	Comité de calidad	Comité de calidad	2 semanas	Papelería	
ETAPA 4 DETERMINACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA TOTAL: 1 MES	<ul style="list-style-type: none"> Determinar los proyectos de mejoramiento de la calidad 	Comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad	2 semanas	Papelería	\$ 7.00
	<ul style="list-style-type: none"> Asignar personal especializado 	Comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad	2 semanas	Papelería	

¹ Para el paso 2.2 de la etapa 2: En el próximo cuadro, se detalla un cuadro con la programación de cada técnica sugerida para evaluar la calidad. Si estas técnicas se aplican simultáneamente, el tiempo puede ser menor las 18 semanas que ahí se estiman.

² Se estima que el equipo de entrevistadores y encuestadores estará formado por 8 personas y que serán voluntarios, a pesar de esto se les tendrá que proporcionar un dólar a cada uno por día de colaboración en concepto de viáticos, se estima la compra de una resma de papel para emplearla tanto en todos los métodos que se aplicarán como en las capacitaciones a los miembros de los equipos y la presentación de los informes y análisis de los mismos, se invertirá también \$64.00 para pagar 2 horas a un capacitador para que instruya en los métodos a utilizar y las técnicas estadísticas a los miembros del comité de calidad que capacitarán al equipo de encuestadores. Para el grupo de opinión, se han estimado gastos de refrigerio.

ETAPA 5 CONCIENTIZACIÓN DEL PERSONAL RESPECTO A LA CALIDAD	• Involucrar al personal en el proceso de mejoramiento	Comité de calidad	Comité de calidad y el personal	1 semana	Retro-proyector, pizarra, papelería	\$ 97.18 ³
	• Proporcionar una inducción a la calidad a todo el personal	Comité de calidad	Comité de calidad y el personal	2 semanas	Retro-proyector, pizarra, papelería y material didáctico	\$ 12.00
	• Realizar pláticas sobre temas de calidad	Comité de calidad	Comité de calidad y el personal	Cada semana	Libros, revistas, paginas web, otros documentos y papelería	\$ 2.00
ETAPA 6 CAPACITACIÓN PARA LA CALIDAD	• Reforzar el liderazgo para la administración	Facilitador y comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad		Retro-proyector, pizarra, papelería y material didáctico	\$1,235.43
	• Desarrollo del plan de capacitación	Facilitador y comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad	7 semanas	Retro-proyector, pizarra, papelería y material didáctico	

³ Incluye alquiler de retro-proyector por 2 horas, reproducción de la política de calidad en tamaño pequeño y plastificada para cada uno de los empleados de la unidad de salud, compra de libretas de notas para los empleados.

ETAPA 7 SEGUIMIENTO Y CERTIFICACIÓN DE MEJORAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a la implantación del proceso de mejoramiento de la calidad 	Comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad	El control será constante y el informe se presentará c/ 2 meses	Papelería	\$5,525.71 ⁴
	<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a los proyectos de mejora 	Comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad	seguimiento constante y el avance se evaluarán c/ 15 días	Distintos recursos para poner en marcha cada proyecto	
	<ul style="list-style-type: none"> • Reportar y atender problemas de solución inmediata 	Comité de calidad	Comité de calidad, equipos de calidad y resto del personal	Constantemente, cada semana se harán reuniones	Papelería	\$ 3.00
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los logros conseguidos 	Comité de calidad	Comité de calidad	Constantemente, las reuniones serán c/ 15 días	Papelería	
	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar las actividades y resultados del proceso de mejoramiento de la calidad 	Coordinador del comité de calidad	Comité de calidad y equipos de calidad	Constantemente, las reuniones serán c/ 15 días	Papelería	\$ 22.00

⁴ Incluye instalación de programa adecuado a la institución (contratación de una empresa especializada), compra de 3 computadoras con sus licencias, capacitación del personal para utilizar el programa, compra de basureros, de mas productos de limpieza, reparación de baños, señalización.

ETAPA 8 RECONOCIMIENTO DE LOGROS	• Decidir los reconocimientos que se otorgarán	Comité de calidad	de	Comité de calidad	de	1 vez al año	Papelería y recursos monetarios ⁵	\$1,483.38
	• Difundir los logros alcanzados	Comité de calidad	de	Comité de calidad	de	1 vez al año	Papelería y recursos monetarios	\$ 13.00
ETAPA 9 INICIO DE UN NUEVO CICLO	• Evaluar la forma como se implantó el proceso de mejoramiento de la calidad	Comité de calidad	de	Comité de calidad y todo el personal de la Unidad de Salud. Y colaboradores		6 semanas	Pizarra, papelería y computadoras	\$ 504.28 ⁶
	• Determinar las acciones para iniciar un nuevo ciclo del mejoramiento de la calidad	Comité de calidad	de	Comité de calidad y equipos de calidad		3 semanas	Papelería	\$ 3.00
TOTAL DE IMPLANTACIÓN DEL PLAN								\$9,530.51

⁵ Bajo el supuesto de que el comité de calidad decida aceptar la propuesta: Se hará una celebración de homenaje en la cual se darán 3 placas de reconocimiento a las 3 unidades que por su desempeño han sobresalido de las otras y se premiará con un diploma de reconocimiento a cada empleado de las 3 unidades sobresalientes y una pequeña placa a los empleados que mostraron mas empeño en el logro del proyecto de su unidad (seis placas)

⁶ Se utilizarán los mismos métodos de investigación y diagnóstico que se desarrollaron en la etapa 2.

**PROGRAMA DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA EVALUAR LA CALIDAD EN EL
SERVICIO POR LOS USUARIOS**

ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA TÉCNICAS	TIEMPO	
	DÍAS	TOTAL (SEMANAS)
ENTREVISTA A GRUPO DE OPINIÓN		5
• Elaborar la guía de entrevista y evaluarla	8 días	
• Capacitar al equipo entrevistador	8 días	
• Buscar candidatos para el grupo de opinión	3 días	
• Seleccionar los usuarios que formarán parte del grupo de opinión	1 día	
• Invitar a usuarios integrantes del grupo de opinión	1 día	
• Preparar la sesión de grupo	8 días	
• Llevar a cabo la sesión de grupo	1 día	
• Preparar la información recabada	3 días	
• Analizar la información presentada	8 días	
ENCUESTA		8
• Elaborar el cuestionario para los usuarios y revisarla	8 días	
• Capacitar al equipo encuestador	8 días	
• Pasar la encuesta	16 días	
• Tabular la información recabada	12 días	
• Presentar los resultados	1 día	
• Analizar la información presentada	8 días	
OBSERVACIÓN DIRECTA SOBRE LOS MOMENTOS DE VERDAD		5
• Construir el ciclo del servicio de la consulta externa e identificar los momentos de verdad	3 días	
• Especificar los requisitos que debe cumplir cada momento de verdad	8 días	
• Capacitar al equipo que realizará la observación sobre el ciclo del servicio	8 días	
• Realizar una guía de observación, tomando en cuenta los momentos de verdad	3 días	
• Realizar la observación directa en las áreas involucradas con la consulta externa	8 días	
• Analizar la información presentada	8 días	
TOTAL DE SEMANAS		18 Sem.

ANEXO No. 12

A continuación se explica como tabular los resultados del formulario de "Atributos de la calidad desde una perspectiva del cliente" sugerido en el paso 2.2 de la etapa 2:

Se puede contar las marcas (X) por cada atributo (8 atributos), para sacar la frecuencia de cada uno y su respectivo porcentaje, dividiendo el total de marcas por atributo entre el número de encuestados. Esta es la forma más sencilla.

Otra forma es ocupar el sistema de puntajes en el que cada categoría de evaluación tiene un valor asignado (malo = 1, regular = 2, bueno = 3, excelente = 4) para luego establecer rangos.

- Para cada cuestionario, si todos los atributos son evaluados como malos, el puntaje será de 8 y si todos los atributos son evaluados como excelentes, el puntaje será de 32.

Como ejemplo, si los encuestados son 80, el mayor puntaje posible será de 2,560 (32 puntos x 80 encuestados) y el menor será de 640 (8 puntos x 80 encuestados)

Luego, al mayor puntaje posible (2,560), se le resta el menor puntaje posible (640) que da como resultado: 1,920 esto se divide entre el número de rangos que se harán (que son 4: malo, regular, bueno, excelente), esto da como resultado: 480, que es lo que se irá sumando a cada rango, desde el menor puntaje (640) hasta formar el cuarto rango.

Para el primer rango (malo) el límite inferior será 640 y el superior = 1,120 (640 + 480)

Los rangos quedarán así:

- MALO ----- 640 - 1120
- REGULAR ----- 1121 - 1600
- BUENO ----- 1601 - 2080
- EXCELENTE ----- 2081 - 2560

La ventaja con esta modalidad, es que se sabrá (para el caso de este ejemplo de 80 encuestados), que si la sumatoria de todas las respuestas da entre 2081 y 2560, los usuarios han evaluado, en general, el servicio de la Unidad de Salud, como "excelente".

