



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
"CAMPUS ACATLAN"

PROGRAMA DE POSGRADO FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ACATLÁN

"PERCEPCION DEL USUARIO EN LA ATENCION DE CALIDAD EN SALUD
DEL SERVICIO QUE OFRECE LA ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA".

T E S I S A

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:

CONTROL DE CALIDAD

Presentada por:

VERONICA INFANSON BAEZ

DIRECTORA DE TESIS: M en I. NELLY KARINA JIMÉNEZ GENCHI

MEXICO D.F. , 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CONTENIDO	PAG.
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO 1. METODOLOGÍA	7
1.1 Planteamiento del Problema	
1.2 Objetivo General	
1.3 Objetivos Específicos	
1.4 Preguntas	
1.5 Justificación	10
1.5.1 Conveniencia Institucional	
1.5.2 Impacto Social	
1.5.3 Implicaciones Prácticas	
1.6 Viabilidad	
1.7 Tipo de Investigación	13
1.8 Variables	
1.8.1 Variable Dependiente	13
1.8.2 Variable Independiente	
1.9 Hipótesis de Investigación o de Trabajo	14
1.10 Diseño de la Investigación	14
1.11 Población y Muestra	
1.11.1 Universo	
1.11.2 Criterios de Inclusión y Exclusión	15
1.11.3 Selección de la muestra	
1.11.4 Tipo de muestra	
1.12 Recolección de los datos	16
CAPITULO 2. ANTECEDENTES	17
2.1 INTERNACIONAL	18
2.1.1 Entidades Promotoras de Salud en Colombia	19
2.1.2 Sistemas de Evacuación de la Calidad en Canarias	20
2.1.3 La Calidad del Servicio Salud en diversos Países	
2.2 NACIONAL	
2.2.1 Calidad de Atención en los Servicios de Salud.	21
2.2.2 Legislación en torno a la prestación del Servicio de Salud	22
2.2.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	23

2.2.2.2	Secretaria de Salud	24
2.2.2.3	Ley General de la Salud	25
2.2.2.4	El Reglamento de la Secretaria de Salud	26
2.2.3	Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006	27
2.2.3.1	El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006	28
2.2.3.2	El Programa Nacional de Salud	29
2.2.4	Cruzada Nacional de Salud	30
2.2.5	Normas Oficiales	
		31
2.2.5.1	Normas Oficiales Mexicanas	
2.2.5.2	Normas Mexicanas	
2.2.6	Agenda Del Buen Gobierno	32
2.2.6.1	Premio Nacional de Calidad	
2.2.6.2	INTRAGOB	33
2.2.7	Secretaria de la Defensa Nacional	
2.2.7.1	Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	34
2.2.7.2	Ley Del Instituto De Seguridad Social Militar Para Las Fuerzas Armadas Mexicanas	35
2.2.7.3	Reglamento Interior De La Secretaría De La Defensa Nacional	36
2.2.7.4	Procedimientos Sistemáticos Operativos Militares, Tomo Sistema Logístico	37
		39
2.2.8	Otros Autores	
2.2.9	Evaluación de la Calidad en Salud	
2.2.10	Carta de los Derechos Generales de los Pacientes	
2.2.11	Indicadores	40

2.3 Nivel Institucional

41

CAPITULO 3. ANALISIS SITUACIONAL DEL MODELO DE ATENCION DEL USUARIO EXTERNO (PACIENTE) :

3.1 Diagnóstico Situacional.

3.2 Diagrama de Flujo

54

3.3 Implementación de un Modelo de Medición en la Satisfacción del usuario externo (paciente)

3.4 Hipótesis en las alternativas de la solución

3.5 Variables independientes y dependientes

CAPITULO 4. PROPUESTAS DE INDICADORES PARA MEDIR LA SATISFACCION DEL USUARIO 68

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

86

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

GLOSARIO DE TERMINOS

INTRODUCCIÓN

La Enfermería Militar de Santa Lucía, requiere el diseño de un Modelo de Evaluación que permita identificar indicadores en la percepción del usuario ambulatorio a través de instrumentos cuantitativos o cualitativos.

El diseño de un modelo de evaluación en la satisfacción del Cliente en la Enfermería Militar de Santa Lucía permitirá identificar a través de un análisis situacional favorecer a los indicadores en la percepción del usuario ambulatorio, permitiendo aplicar acciones de mejora continua, identificándose como objetivo de dicha investigación el siguiente:

Evaluar la percepción del usuario en la atención de calidad en la salud recibida por los servicios de la Enfermería Militar de Santa Lucía, considerando como hipótesis lo siguiente:

HIPOTESIS DE TRABAJO:

El diseño de indicadores permite evaluar la percepción del usuario en la atención de calidad en la salud en la Enfermería de Santa Lucía.

Ho: Creando un modelo de evaluación de satisfacción del usuario ambulatorio en los servicios de la enfermería de Santa Lucía se lograrán acciones de mejora continua.

Hi: Percepción del usuario en la atención de la calidad en salud en la enfermería de Santa Lucía.

La investigación se desarrolla en tres capítulos dando lugar a concluir y recomendar que permita la consecución del objetivo planteado.

CAPITULO 1

Se describe el material y método necesarios en el desarrollo del tema de investigación durante el periodo indicado. Se determina el grado de satisfacción de los clientes ambulatorios, así como de los servidores públicos con el firme propósito de mejorar continuamente los procesos y sus resultados, identificando los puntos de control y los factores críticos de éxito que permitan cumplir plenamente sus expectativas y requisitos.

CAPITULO 2. ANTECEDENTES

Se analizan investigaciones internacionales, nacionales e institucionales con relación al tema de la investigación, presentando los antecedentes y definiciones que se relacionan con la percepción de calidad del usuario (paciente ambulatorio) en los servicios de salud, permitiendo abordar desde una perspectiva legal, metodológica y con fundamento teórico en los planteamientos de diversos autores que refieren el tema a investigar.

CAPITULO 3. ANÁLISIS SITUACIONAL

Se investiga la situación actual respecto a la evaluación en la satisfacción del cliente con respecto a su percepción en cuanto a la calidad de atención en la salud de la Enfermería de Santa Lucía permitiendo la redefinición redefinir de objetivos y la selección de áreas que nos permitan o den oportunidad para cambios o mejora.

CAPITULO 4.

El modelo que se presenta da la solución esquemática y descriptiva necesaria para alcanzar los objetivos planteados mediante una evaluación permanente y fidedigna en cuanto al proceso y desarrollo, así como en la obtención de resultados, mediante la identificación y señalización de puntos de control y factores críticos de éxito que permitan cumplir en su totalidad las expectativas de atención mediante la cobertura de requisitos para los indicadores, instrumentos de evaluación y empleo adecuado del modelo que se presenta

CAPITULO 1. METODOLOGIA

El fin de crear una metodología de análisis y evaluación que permita incrementar los niveles de atención no es exclusivo a la enfermería pudiendo ser aplicada a otras instalaciones médicas con similar problemática, por lo que se inicia con la descripción del método y del material a desarrollar en el tema de investigación durante el periodo indicado en la aplicación de la evaluación en la enfermería. Es necesario determinar el grado de satisfacción de los clientes ambulatorios, así como de los servidores públicos con el firme propósito de mejorar continuamente los procesos y sus resultados, identificando los puntos de control y los factores críticos de éxito que permitan cumplir expectativas y requisitos.

Para la propuesta de un método que permita evaluar la calidad del servicio, se toma como base tres modelos: el **Modelo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), de alta complejidad, el Donabedian A. y un Modelo Europeo** considerados como acertados en los costos relativamente bajo, que al ser aplicados en la enfermería de Santa Lucía permite documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitan la evaluación de los usuarios, de tal forma que contribuye a la mejora en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño¹. A pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad el usuario para hacer juicios de valor sobre aspectos técnicos de la atención, esta metodología permite determinar puntos de objetividad para acciones en pro de la mejora en la toma de decisiones.

Este método representa una forma rápida para evaluar aspectos de la calidad de servicios de asistencia externa o Interna ofreciendo beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo; es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente pacientes de alto riesgo, incrementar el control en la planeación de servicios, identificar quejas de pacientes, además, minimizar daños a la organización, como podría ser el caso de las demandas legales. Asimismo, permite documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilita la evaluación, contribuyendo a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, ésto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

El análisis de calidad a partir de las tres (modelos) que se citaron mide ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán

¹DONABEDIAN A. EXPLORATIONS IN QUALITY ASSESSMENT AND MONITORING. ANN ARBOR, MICHIGAN: HEALTH ADMINISTRATION PRESS; 1985.

directa y unívocamente de un solo modelo sino de las necesidades de los diferentes servicios en relación a las estrategias, tácticas y técnicas de la institución de Santa Lucía.

De lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, visto como un indicador de evaluación se puede obtener la opinión del usuario acerca de aspectos tomando como origen las necesidades que la institución ofrece y de quien evalúa la calidad de la atención de salud. También se puede obtener información sobre aspectos que Donabedian menciona como aquellas características de los servicios (de asistencia externa) que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio, costos de la misma, que en conjunto se consideran características de la accesibilidad a las organizaciones.

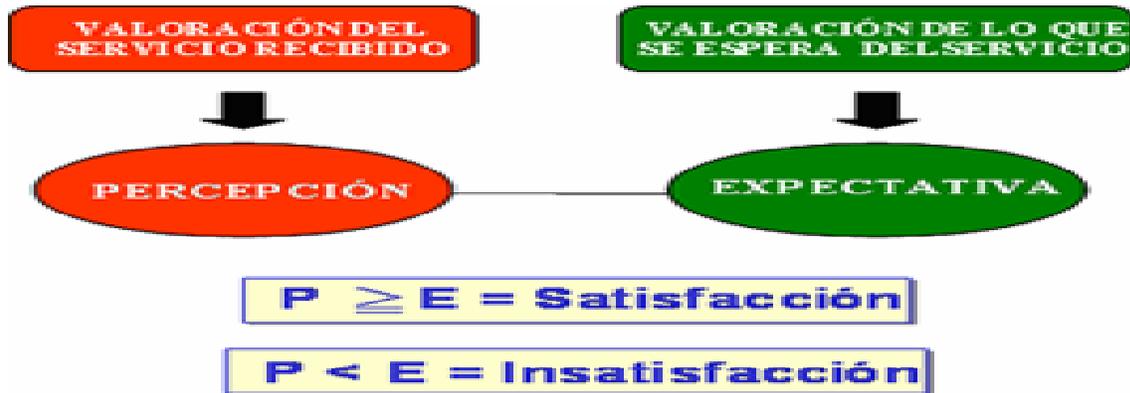
El principal indicador, es decir, la percepción general de la calidad de la atención, se mide inicialmente con una escala tipo Likert aplicable en esta situación mediante lista de verificación que nos indica la existencia de ciertos parámetros en que se encuentran (muy buena, buena, regular, mala y muy mala); adicionalmente se pregunta los motivos de tal percepción mediante una lista precodificada. El método que se utilizar para dicha premodificación es un listado libre (free listing) a fin de determinar el dominio conceptual de la calidad. Las preguntas se aprueban en dos instrumentos de evaluación aplicados con antelación a esta encuesta y en la prueba piloto, lo que garantiza su validez metodológica.

Se puede incluir una lista precodificada de motivos con aspectos relacionados con: estrategias misión y visión, tácticas en: a) accesibilidad, los costos, tiempos y características organizacionales de los servicios (horarios, fichas, cintas, etc.); b) estructura, considerando los indicadores de existencia y atributos de los recursos humanos, materiales y/o equipos; c) el proceso de aplicación, tomando en cuenta las acciones de revisión y diagnóstico, trato personal y continuidad de la atención, y d) la dimensión de resultado medida a partir de la mejoría en salud y de la aplicación de un tratamiento adecuado.

Las respuestas según a partir de la escala Likert, se dicotomiza en “buena” percepción de la calidad aspectos como: (muy buena, buena) y dentro de “malo”a (regular, mala y muy mala) con el fin de facilitar su análisis. El manejo estadístico de las variables utilizadas se hace aplicando **la razón de proporciones de la prueba estadística de ji-cuadrada**.

La **evaluación** de la **percepción de calidad** debe incluir el análisis de dos variables:

- o Valoración del servicio, en cuanto a la **percepción (P)** que tiene el cliente de cada factor del mismo.
- o Valoración del servicio, en relación a las **expectativas(E)** de ambas partes.



Este enfoque de comparación entre percepción y expectativa es característico de la metodología del **SERVQUAL** así como del que se utiliza en el **QFD** (Despliegue de la Función de Calidad).

De hecho, el cuestionario empleado en las encuestas para estimar la satisfacción del cliente suele constar de dos partes, si bien el apartado dedicado a expectativas puede aplicarse con una frecuencia menor, al ser aquellas relativamente estables:

- o Expectativas.
- o Percepción.

Este planteamiento permite obtener datos concernientes a percepciones y expectativas estableciendo prioridades de mejora analizando las diferencias entre unas y otras, para los distintos factores del servicio. De esta manera, los planes de mejora derivados de la información proveniente de la opinión / satisfacción de los usuarios pueden jerarquizarse de modo que los **recursos sean aplicados permitiendo incrementar la eficacia, eficiencia redundando** en la consecución de mejoras relevantes.

Para la determinación de los elementos del cuestionario, es adecuado llevar a cabo una primera fase de **investigación cualitativa** que permita adaptarlos a la organización y que refleje fielmente lo que para el cliente es importante.

Con la información de la fase cualitativa se está en disposición de confeccionar un **cuestionario** que abarque aspectos relevantes del servicio.

De esta manera cada elemento del apartado de expectativas tiene su correspondencia en el bloque de percepción. Así, se podrá comparar la puntuación en uno y otro, y obtener una medida o media de la **brecha** (*gap*) entre expectativa y percepción para cada uno de los factores estudiados.

Tanto en el apartado de expectativas como en el de percepción, se tiene una escala tipo *Likert* (1–5; 1-7 ó 1-10) que denota el grado de importancia concedido a los distintos aspectos, y el grado de satisfacción con cada uno de ellos, según corresponda a expectativas o percepción.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Aproximadamente desde hace 2 años a la fecha han aumentado la cantidad de quejas y de situaciones legales en las que se ve inmiscuido personal que labora en esta enfermería. La mayor parte de estos incidentes son generados por falta de información por parte del usuario y coordinación por el prestador del servicio.

Existen diferencias en la estimación de la oportunidad de la atención médica para los usuarios por algunos prestadores de servicios de salud.

Los usuarios utilizan muchos “alegatos” con el fin de agilizar de forma justificada o injustificada su oportunidad de acceso a los servicios y en ocasiones estas circunstancias comprometen el ejercicio de los prestadores del servicio.

1.2 Objetivo General.

Evaluar la percepción de calidad en la atención recibida por los usuarios en los diferentes servicios de la Enfermería Militar de Santa Lucía.

1.3 Objetivos Particulares:

1. Definir la percepción de calidad del usuario en la atención médica
2. Diferenciar cómo se presenta en los niveles nacional y internacional.
3. Demostrar criterios que permitan evaluar la percepción del usuario de la calidad en cuanto atención médica.
4. Comparar con otros países las investigaciones de dicho tema en relación con las de México.
5. Diseñar con base en la metodología propuesta indicadores que midan la percepción de calidad del usuario en la atención médica.
6. Evaluar la percepción de los usuarios con el fin de satisfacer sus necesidades y expectativas así como la percepción de aspectos tangibles e intangibles en la calidad en la atención de salud.

1.4 PREGUNTAS

LA INFORMACIÓN NECESARIA

- 1 El porcentaje de quejas en los últimos 5 años
- 2 Las acciones correctivas y preventivas que se han establecido en los últimos 5 años
- 3 El Tipo de quejas
- 4 En que los departamentos en que se han presentado las mayores quejas
- 5 Las etapas del proceso que presentan quejas; tanto mayores como menores quejas
- 6 Las acciones correctivas y preventivas de la mejora continua para la satisfacción del usuario externo (paciente)
- 7 Los indicadores considerados en la satisfacción del usuario para llevar a cabo las acciones de mejora continua
- 8 las encuestas por departamento para medir la satisfacción del paciente durante el proceso de atención al cliente

1.5 JUSTIFICACION

1.5.1 COVENIENCIA INSTITUCIONAL.

El éxito de los departamentos que integran a la enfermería en la consecución de dicho objetivo puede y debe evaluarse a través de indicadores que permitan el seguimiento en el proceso de atención de salud al cliente, dando cumplimiento con el Plan Estratégico y Operativo Institucional de la Enfermería de Santa Lucía, Ejército y Fuerza Área, de la Secretaría de Salud y Presidencial.

Dichos indicadores permiten detectar buenas prácticas y promover su generalización hacia todos los prestadores de servicios de Salud, con el fin de mejorar políticas de calidad y gestión de los servicios encuestados mediante lo siguiente:

- Satisfacción del usuario
- Atención de calidad a los usuarios por parte de los prestadores del servicio.
- Satisfacción del cliente en la atención de salud en la Enfermería de Santa Lucía.

1.5.2 IMPACTO SOCIAL

Mejorar el trato adecuado a los usuarios que asisten a la Enfermería Militar de Santa Lucía, y proporcionar trato adecuado que signifique ofrecer respeto, dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios de tratamiento como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud. El trato digno también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de

primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos razonables en base a la norma oficial mexicana de atención al cliente el cual será a través de medir al final de la atención al cliente permitiendo identificar que acciones de mejora continúa se establecerán en la Enfermería de Santa Lucía.

1.5. 3 IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Alcanzar un equilibrio entre los factores que interviene en el proceso de selección, confección y uso de los indicadores sanitarios ya que cuando los recursos humanos y financieros son limitados y los problemas de salud numerosos, los procedimientos de recopilación, clasificación y procesamiento de datos con los que se construyen los indicadores pueden representar una pesada carga que, lejos de apoyar la toma de decisiones, interfiere con ella y obstaculiza la consecución de las metas del sistema.

- Cobertura. Deben abarcar sólo aquellas esferas de acción que pueden influir en el resultado y ser modificadas mediante la evaluación.
- Capacidad del sistema. Sólo aquellos que el sistema puede producir oportuna y exhaustivamente a un costo aceptable para la sociedad.
- Capacidad de los administradores. Aquellos que los administradores del sistema sean capaces de utilizar en la toma de decisiones.

Los indicadores en la satisfacción del usuario externo (paciente) permiten vincular la experiencia innovadora en el personal profesional de la salud como parte de la demanda en la globalización internacional y nacional que genera la necesidad de capacitación en una cultura de calidad en la atención de salud.

1.6 VIABILIDAD

1.6.1 Tiempo:

Siete meses

1.6.2 Recursos

Humano:
Encuestadores
Usuarios pacientes
Apoyo de los organos de dirección

1.6.3 Material:

Papelería
Sistema de cómputo

1.7 TIPO DE INVESTIGACION:

La investigación se realiza mediante una metodología cuantitativa, con propósito descriptivo, explicativo e interpretativo en relación a indicadores con respecto a:

a. La percepción del usuario externo (paciente) en la calidad de atención de salud en el departamento de asistencia externa de la Enfermería de Santa Lucía.

1.8 HIPOTESIS DE INVESTIGACION O DE TRABAJO:

Hi: El diseño de indicadores permite evaluar la percepción de la calidad en la atención recibida por los usuarios en los servicios de la Enfermería de Santa Lucía.

1.9 VARIABLES:

1.9.1 VARIABLE DEPENDIENTE "X" Percepción del Usuario y Percepción de Calidad.

DEFINICION CONCEPTUAL

PERCEPCION DE CALIDAD

Calidad es satisfacer las **necesidades y las expectativas de los clientes**, por ello los estudios de **percepción de calidad** constituyen un elemento fundamental para establecer el nivel de calidad en que se encuentra una organización. A partir de ellos puede conocerse el grado de satisfacción de los clientes.

PERCEPCION DEL USUARIO.

La calidad como la perciben los propios usuarios toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones en pro de la salud se desarrollan, es decir, abarca todos los aspectos del proceso de atención, desde la mera percepción del trato recibido a la provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc.

Lo que es aún más importante es que el paciente, o el proveedor, basan su juicio, en gran parte, en los aspectos del servicio. Lo que perciben del servicio es lo que llama "calidad de la atención". La naturaleza interactiva de los servicios profesionales, su producción y consumo simultáneo, ponen de manifiesto la necesidad de analizar las percepciones de todas las partes involucradas en el servicio.

1.9.2 VARIABLE INDEPENDIENTE Modelo de evaluación en la satisfacción del cliente en la Enfermería de Santa Lucía.

1.10 DISEÑO DE INVESTIGACION:

No experimental: trasencional o transversal y descriptiva

1.11 POBLACIÓN Y MUESTRA

1.11.1 Universo

Usuarios externos (pacientes) que asisten al Departamento de Asistencia Externa y son atendidos por personal de salud de la Enfermería de Santa Lucía.

Se excluye al personal que no desee participar al inicio o durante la aplicación de la encuesta.

1.11.2 Criterios:

1.11.2.1 Inclusión

Área: Servicio de Asistencia Externa

Escolaridad: alfabeto y analfabeto

Pacientes sin y con discapacidad motora

Sexo: Mujeres y hombres

Edad: Entre 18 y 60 años

Pacientes que asisten al departamento de asistencia externa.

Población: Militares en el activo, retirados, derechohabientes y civiles.

1.11.2.2 Exclusión:

Usuarios internos (pacientes encamados)

Personas con discapacidad intelectual, auditiva y sorda

Menores de 18 y mayores de 60 años

1.11.3 Selección de la muestra

Estudio sobre los usuarios externos (pacientes) que asisten al Departamento de Asistencia Externa que en el 2001 tuvieron una asistencia total de pacientes (), 2002 (), 2003 (), 2004 (), 2005 (), 2006 (), con quejas en los últimos 5 años en el Departamento de Asistencia Externa por servicios de la siguiente manera:

Departamento de Asistencia Externo:	Quejas en porcentaje (%):	Tipo de quejas:
Servicios Consulta General y Especializada		
Servicio de Urgencias		
Servicios de Odontología Preventiva		
Servicio de Trabajo Social		
Servicio de Archivo Clínico		
Servicio de Farmacia		
Servicio de Diagnóstico y Tratamiento Laboratorio Rayos "X" Med. Fis. Y Rehab.		
TOTAL:		

Tabla 1: Formato que permitirá analizar el tipo de Servicio y el Tipo de Queja.

Con estas características se precisó que la población era de $N = x$ pacientes. El número de (n) que se tiene que entrevistar, con un grado de confianza del 95% y un error del 5%? (Estudio "r" Pearson, se obtiene aplicando la formula que se de en 1.11.5).

1.11.4 Tipo de muestra

Probabilística de sujetos Voluntarios.

1.11.5 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

n es igual a la variable normal estándar al cuadrado por varianza al cuadrado entre error al cuadrado.

N es el tamaño de la población

Z es la variable normal estándar, vale 1.96 para un grado de confianza de 95%

Variancia

Error al cuadrado

1.12 Recolección de los datos

PROGRAMA DE EXCELL Y/O SSPS CUANTITATIVO.

1. Definir la forma idónea de recolectar los datos de acuerdo a la investigación,
2. Elaborar el instrumento de medición,

3. Aplicar el instrumento de medición,
4. Obtener los datos,
5. Codificar los datos,
6. Archivar los datos y prepararlos para su análisis.

CAPITULO 2. ANTECEDENTES

En este capítulo se estudia investigaciones de instituciones, nacionales e internacionales, con relación al propio tema de investigación. Se presentan los antecedentes y definiciones que se relacionan con la percepción de calidad en el usuario (paciente ambulatorio) en los servicios de salud, permitiendo abordar desde una perspectiva legal, metodológica y con fundamento teórico en los diversos autores en referencia al tema a investigar

2.1 Internacional

La evaluación de la calidad y su implementación ha tenido una evolución en el tiempo. Inicialmente las actividades relacionadas con la calidad de los servicios sanitarios se centraron, (década de los años 60's), en la evaluación de la atención a los usuarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de los centros de salud e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades. En un momento posterior y en forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros de salud, se desarrolló la metodología para evaluar la práctica clínica, observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como el auditor Médico, en el que se utilizaron criterios explícitos que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía, fue una vía importante para acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorías médicas.

A partir de la década de los 70's la evaluación de la calidad se complementa, haciendo un énfasis especial, con su mejora explícita. Comienza lo que se puede denominar "la etapa de la garantía o mejora de la calidad". Durante esta fase, el incremento de los costes asistenciales justificó la implementación de programas externos en los que se evaluó la adecuación de los ingresos y las estancias hospitalarias. La necesidad de evaluar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la atención. Dentro de estos resultados se incluyó, además de las modificaciones en el estado de salud, la satisfacción de los pacientes atendidos. Además, el interés por la contención de costos favoreció también las evaluaciones de tipo concurrente, ya que para que las actividades de mejora de la Calidad tuvieran impacto sobre los costos, éstas debían realizarse antes de que se concluyera el proceso asistencial.

En los 80's, continúan y adaptan los conceptos y métodos de la gestión de calidad de la industria. Las principales aportaciones han sido la estructuración de los programas de mejora de la calidad en un ciclo secuencial con tres actividades definidas: planificación, ejecución de la tarea y comprobación; la metodología del

control estadístico de proceso y la participación de una cultura de la calidad en la que tienen una gran relevancia el liderazgo de los gestores, la participación de los profesionales y las necesidades del usuario, por lo que en Colombia se constituye el primer escalón de calidad y por tanto la primera evaluación de calidad a la que debe estar sometida una institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de alta complejidad. Con la acreditación se pretende que mediante una institución no gubernamental se acepte que una Institución Prestadora de Servicios cumple con estándares elevados de calidad.(SDS, Guía. 2000)

2.1.1 Entidades Promotoras de Salud en Colombia

Con el objeto de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud de Colombia se definen las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios **con** relación a la demanda, y el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es la forma de obtener los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es la manera de recibir las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

Hacia los años setenta, la evaluación de la calidad enfatizó la mejora explícita de los servicios de salud y se inició "la etapa de la Garantía o Mejora de la Calidad". En esta etapa se implementaron programas de evaluación externa de los ingresos, las estancias hospitalarias y la utilización de los recursos asistenciales; debido principalmente al incremento de los costos de la asistencia. La necesidad de valorar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia. Dentro de estos resultados se incluyó, además de las modificaciones en el estado de salud, la satisfacción de los pacientes atendidos. El interés por la contención de **costos** favoreció las evaluaciones de tipo concurrente, de manera que las actividades de mejora de la calidad tuvieran impacto sobre los **costos**. A pesar de la aplicación de procedimientos de auditoria y de contención de **costos**, no se pudo probar la relación entre la reducción de los **costos** y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Durante esta década la JCAHO (Comisión Conjunta de Acreditación Hospitalaria) requirió de planes de calidad en todos los centros. En 1986 propone la “agenda para el cambio, que incluye el estándar que implementaba los sistemas de monitorización y su desarrollo metodológico. Los sistemas de monitorización concebidos como una valoración global de todo un servicio y no sólo de las áreas problemáticas que pudieran detectarse. Para llevarlos a cabo era necesario definir el tipo de atención que se realizaba en un determinado servicio o centro mediante un proceso "dimensionado",² estableciendo las principales áreas de trabajo y creando los indicadores que permitían medirlo. Estos indicadores se evaluaban de forma periódica, permitiendo tener una visión del conjunto de la calidad del servicio, para actuar en los casos en que se presentaran desviaciones. Se aplicaron básicamente a la evaluación de diferentes especialidades y con menos intensidad a nivel global de los centros. A finales de los 80 la JCAHO (Comisión Conjunta de Acreditación Hospitalaria) propuso la instauración de indicadores de resultados que permitieran la comparación de los diferentes proveedores de servicios. Con esta finalidad se inicia un ambicioso proyecto de desarrollo de indicadores que se prolongó hasta mediados de los 90. (Restrepo, F. R. 1.998)

2.1.2 Sistema de evaluación de la calidad en Canarias

Artículo 10.- Medición de los niveles efectivos de prestación de los servicios.

1. Para realizar un diagnóstico del nivel de calidad con que se vienen prestando los servicios, sobre la base de los modelos, los órganos y entidades de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias delimitados en el artículo 2 (Ámbito de aplicación) implantaron sistemas de medición de acuerdo con los siguientes criterios:

a) Fijación de "valores-base" o estándares que sirvan como patrones de referencia objetivos y apropiados para cuantificar la evolución de los indicadores.

b) Selección de indicadores de calidad fiables y representativos de los parámetros o dimensiones de la prestación del servicio más relevante para los usuarios, tales como:

- 1 La receptividad (Ej. accesibilidad, transparencia, atención).
- 2 La calidad técnica (ej. acierto, precisión, ausencia de errores).
- 3 La actividad (ej. tiempos de respuesta, extensión oferta, flexibilidad).
- 4 Otros aspectos específicos de cada servicio.

2. La evaluación de los niveles de calidad con que se dispensan los servicios incluirá datos sobre la satisfacción de los usuarios, que podrán obtenerse directamente a través de métodos de consulta o encuestación.

3. Anualmente, en el mes de octubre, se elaborará un informe sobre la evolución de los indicadores de calidad, que será remitido a la Inspección General de Servicios a los efectos previstos en el artículo 12.

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. MEMORIAS DEL FORO REGIONAL SOBRE LA CREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y CONCESIÓN DE LICENCIAS DENTRO DEL MARCO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO EN LOS PAÍSES DE LAS AMÉRITAS Y EL CARIBE, CELEBRANDO EN BOGOTÁ, COLOMBIA DEL 19 AL 21 DE MAYO DE 1999. WASHINGTON, D.C.: OPS; 1999.

Artículo 13.- Medición del índice de percepción de calidad del servicio.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo anterior, la Inspección General de Servicios medirá periódicamente el índice de percepción de calidad del servicio, el cual proporciona el conocimiento del grado de satisfacción de los usuarios con relación a los servicios que presta la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.³

2.1.3 La calidad en la atención del servicio salud en diversos Países

2.1.3.1 Calidad de servicio en la atención a la salud en el Hospital

1. FRANK W.S.M. VERHEGGEN, M.H. SC.-1 PETER P.M. HARTELOH, M.D en 1993 investigó la calidad de servicio en la atención a la salud en donde menciona que el trabajo analizado en la garantía de calidad en la atención a la salud y su relación con la garantía de calidad en el comercio y la industria aplicado en el Hospital Universitario Maastricht, en los Países Bajos. Intentaron dar respuesta a los problemas a los que se enfrenta, en la actualidad, el sistema de atención a la salud: la elevación de los costos, la disminución de la accesibilidad (reflejada en las listas de espera), una creciente población de viejos que demanda cada vez más atención y la escasez de personal. (Por lo que permite resaltar que han pasado 15 años y en la actualidad aun los países de tercer mundo se están preocupando y realizando estudios sobre la atención de salud en el cliente)⁴

2.1.3.2 La satisfacción de la atención médica en Cuba

Martha Chang de la Rosa,¹ María del Carmen Alemán Lage,² Mayilée Cañizares Pérez y Ana María Ibarra, realizaron un estudio transversal para identificar la satisfacción de los pacientes con la atención médica brindada en los Policlínicos Principales de Urgencia (PPU) del municipio 10 de Octubre. Para ello se aplicó un cuestionario autoadministrado a los pacientes seleccionados. La muestra quedó conformada por 328 pacientes. La satisfacción encontrada es menor que la esperada. Las insatisfacciones encontradas están por encima de los límites establecidos. Los elementos que guardan mayor relación con respecto a la satisfacción fueron el ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud. Se recomienda realizar nuevas investigaciones y el análisis de los resultados obtenidos en este estudio, con el fin de conocer cómo marcha su funcionamiento y el nivel de satisfacción que se alcanza.

³ Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención. Bogotá, 2003. Al estudiar el papel de la Garantía de Calidad, a finales de 1990 Donabedian, analiza la importancia del Monitoreo de la Evaluación del Desempeño Clínico como una forma de mejorar y mantener la Calidad. (Donabedian, A. 1990)

Boletín Oficial de Canarias. Consejería de Presidencia. ◀1771 DECRETO 220/2000, de 4 de diciembre, por el que se regulan las Cartas de Servicios, los sistemas de evaluación de la calidad y los premios anuales a la calidad del servicio público y mejores prácticas en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

⁴ FRANK W.S.M. VERHEGGEN, M.H. SC.-1 PETER P.M. HARTELOH, M.D. . **LA CALIDAD DE SERVICIO EN LA ATENCION A LA SALUD: APLICACION DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION MERCADOTECNICA.** -2\Vol_35 No_3--LA CALIDAD DE SERVICIO EN LA ATENCION A LA SALUD.htm SALUD PUBLICA DE MEXICO MAYO-JUNIO DE 1993, VOL.35, No.3

Nacional

2.2.1 Calidad en la Atención de los Servicios de Salud.

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.⁵

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con relación a la atención recibida, por lo que se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.⁶ Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales.⁴ Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.⁷

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian.⁷ El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a los servicios de salud, por lo que supone

⁵ Ruelas-Barajas E, Reyes H, Zurita-Garza B, Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Publica Mex* 1990;32:270-220.

⁶ Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35:326-331.

⁷ Donabedian A. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
Ramírez A, Nájera P. *Sistema simplificado para evaluar el desempeño de centros de salud: BDUSU. Síntesis ejecutiva.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y que dependerán directa y unívocamente de la estructura.

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de “resultado”, a partir del cual se obtiene la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se captura información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad).⁸ En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.⁹

2.2.2 Legislación en torno a la prestación de servicios de salud

2.2.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4/o. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73/o de esta constitución.

2.2.2.2 Secretaría de Salud, Cruzada Nacional por la Calidad

La **Secretaría de Salud** da a conocer las reglas de operación del Programa Cruzada Nacional por la calidad de los Servicios de Salud, y sus indicadores de gestión y evaluación de conformidad mencionando únicamente los que respectan a dicha investigación: (En lo cual ellos consideran una Evaluación Interna en un Primer Nivel de Atención en relación a la Educación para la salud y otra Evaluación Externa a la Educación continua resaltando en este punto que existe presupuesto pero el cual se debe justificar ante dicha Secretaría.)

Evaluación Interna

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud promoverá acciones de evaluación de los recursos y el cumplimiento de los objetivos para los cuales

⁸ **Ibidem cita 4, Pág.19**

⁹ Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: Laboratorio Gráfico Editorial, 1994.

fueron asignados, a efecto de dar seguimiento y ponderar los avances del programa **con** relación a los objetivos planteados.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud podrá coadyuvar, de conformidad con sus atribuciones, en el proceso de evaluación interna.

Evaluación Externa

En los términos del artículo 63, fracción v, inciso b) del decreto del presupuesto de egresos de la federación para el ejercicio fiscal 2002, la Secretaría de Salud designará a la institución académica o de investigación que cuente con reconocimiento y experiencia en la materia, para la evaluación del programa.¹⁰

Así mismo la Secretaría de Salud través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño propone una serie de preguntas en relación al trato adecuado que el paciente manifiesta a través de las siguientes preguntas y respuestas

1. ¿Qué es el Trato Adecuado?

Es la situación que se logra cuando las interacciones entre el usuario y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las legítimas expectativas del cliente en los aspectos no médicos de dicha interacción.

2. ¿Por qué es importante la evaluación del Trato Adecuado?

Los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud son mejorar el nivel de salud de la población, responder de una manera más adecuada a las expectativas no médicas de sus usuarios, disminuir la desigualdad en el trato y en los niveles de salud de la población y establecer mecanismos para evitar que la población a la que el sistema sirve sufra graves contingencias financieras debidas a los gastos generados por la atención a la salud. Esta definición de objetivos finales se inserta en un marco teórico que busca evitar una relación asimétrica entre el usuario y el sistema. Dado que el desempeño del sistema en materia de atención a la salud es evaluado a través de los logros alcanzados con relación al estado de salud de la población, la evaluación del Trato Adecuado sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario.

3. ¿Por qué se considera que el Trato Adecuado es un objetivo intrínseco del sistema?

¹⁰ SECRETARIA DE SALUD. TRANSITORIO UNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. SECRETARIA DE SALUD. ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México, Distrito Federal, a los catorce días del mes de marzo de dos mil dos.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.

En todo sistema – no sólo el de salud – la población a la que sirve tiene expectativas con relación al trato que debe recibir. Estas expectativas son tan importantes que, en algunos casos, pueden definir el modelo de atención del sistema. Otro aspecto importante es el hecho de que, por naturaleza, la interacción del cliente y el sistema se efectúa en condiciones que suelen colocar al usuario en una situación de vulnerabilidad. Bajo esta perspectiva, garantizar el respeto a los derechos básicos de los individuos es una meta social ineludible para los sistemas de salud. De este modo, mejorar el Trato que el sistema ofrece a sus usuarios implica promover una mejoría en el bienestar de dicha población, independientemente del resultado de la intervención médica. Adicionalmente, el Trato ofrecido por el sistema es susceptible de mejorarse de manera independiente a los esfuerzos para mejorar las capacidades clínicas de los médicos tratantes involucra no sólo al personal médico sino al administrativo y otro personal auxiliar del sistema. En resumen, el Trato Adecuado es un objetivo intrínseco porque es un objetivo final – no instrumental - que es deseable por su propia naturaleza.

4. ¿Qué elementos integran el Trato Adecuado?

El Trato Adecuado se compone de 8 dominios que incluyen algunos relacionados con derechos básicos y universales de los individuos y otros que se asocian con una visión de calidad “empresarial” con orientación al cliente en los servicios prestados por el sistema. Los dominios relacionados con derechos básicos son: autonomía, trato digno, comunicación y confidencialidad. Los dominios orientados a una atención de calidad al “cliente”, por su parte, son: atención pronta, acceso a redes de apoyo social, capacidad de elección del proveedor de servicios y la calidad de las comodidades básicas.

5. ¿Cómo se definen los dominios del Trato Adecuado?

Los 8 dominios del Trato Adecuado pueden definirse de manera somera como sigue:

a. **Autonomía.** Significa libertad para “autodirigirse” y tiene estrecha relación con el concepto de “empoderamiento” del usuario. Concretamente, se refiere a que el sistema respete el derecho del usuario para rehusar algún tratamiento y de ser consultado con relación a las decisiones que se tomen respecto a su salud.

b. **Trato digno.** Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o discapacidad puede establecer. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal – médico y no - del sistema.

c. **Confidencialidad.** Se refiere a que la información provista por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe salvaguardarse y no ser divulgada sin consentimiento expreso de los individuos.

d. **Comunicación.** Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara.

e. **Atención pronta.** La atención médica requerida debe ser provista lo suficientemente rápido para que no cause molestia o agrave el padecimiento subyacente. Es importante agregar que bajo el marco teórico que fundamenta la medición del Trato Adecuado, deben incluirse los tiempos de traslado ya que la evaluación no debe limitarse a la interacción en el ambiente clínico sino al sistema como un todo, incluyendo las condiciones de accesibilidad y disponibilidad de recursos físicos y humanos.

f. **Acceso a redes sociales.** Los servicios de salud deben tomar en cuenta que el bienestar del usuario se ve favorecido al permitir que se mantenga el contacto con sus familiares y amigos, así como el respetar sus creencias religiosas cuando este sea el caso y no altere la dinámica de la atención médica.

g. **Capacidad de elección.** Ya que ciertos individuos pueden tener preferencias sobre el sexo o edad – entre otros aspectos – de las personas que le van a tratar, la capacidad de elegir al proveedor institucional y personal de la atención requerida debe ser un derecho contemplado y respetado por el sistema de salud.

h. **Calidad de las comodidades básicas.** Este es un dominio que algunos han llamado de “hotelería”. Se refiere al hecho de que la alimentación proporcionada debe ser aceptable y provista en cantidad suficiente, que los baños, salas de espera y consultorios deben estar limpio y bien ventilado además de ser confortables.

6. ¿Cuáles son las diferencias entre Trato Adecuado y satisfacción del paciente?

La satisfacción del paciente representa una mezcla compleja de necesidades percibidas, expectativas y experiencias previas en la interacción con el sistema. Generalmente involucra la percepción y satisfacción con los aspectos médicos y no médicos de una interacción desarrollada en ámbitos clínicos.

El Trato Adecuado, por su parte, además de que procura evitar el uso del término “paciente”, busca evaluar sólo los aspectos no médicos de la interacción y no se enfoca de manera exclusiva en los ámbitos clínicos sino en el sistema de salud como un todo.

7. ¿Cómo se evalúa el Trato Adecuado?

Debido a que los sistemas regulares de información no capturan datos sobre el desempeño del sistema en materia de trato y a que las encuestas tradicionales de salud suelen obtener evaluaciones sobre la satisfacción del paciente, la medición del Trato Adecuado se lleva a cabo en ejercicios *ad hoc* donde se recaba información sobre los 8 dominios que comprende el concepto y sobre las expectativas de los usuarios a fin de poder ajustar los resultados finales por dichas expectativas para que los resultados puedan ser comparados en forma válida.

8. ¿Qué antecedentes existen en la medición del Trato Adecuado?

Hasta el momento existen tres evaluaciones previas del nivel de Trato Adecuado en México. La primera de ellas fue una encuesta realizada a informantes clave, a partir de la cual se generaron los resultados presentados en el Informe Mundial de la Salud 2000. Posteriormente, en marzo del año 2001, se realizó una encuesta de representatividad nacional cuyos resultados mostraron que los dominios con mejor desempeño fueron la calidad de las instalaciones y el trato digno en el ámbito hospitalario, mientras que los dominios con calificaciones más bajas fueron la autonomía y la comunicación en la atención ambulatoria. El ejercicio más reciente se llevó a cabo entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 y fue una encuesta aplicada en más de 38,000 hogares en las 32 entidades federativas del país. Entre sus principales hallazgos pueden destacarse las diferencias observadas en el desempeño de las diversas instituciones proveedoras de servicios.

2.2.2.3 Ley General de la Salud

Artículo 1/o. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4/o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2/o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
Fracción i. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

Fracción ii. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

Fracción iii. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

Fracción iv. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

Fracción v. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

Fracción vi. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y

Fracción vii. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 4/o. Son autoridades sanitarias:

Fracción i. El Presidente de la República;

Fracción ii. El Consejo de Salubridad general;

Fracción iii. La Secretaría de Salud; y

Fracción iv. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Distrito Federal.¹¹

2.2.2.4 El Reglamento de la Secretaria de Salud en el siguiente artículo menciona:

ARTÍCULO 32. Corresponde a la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño:

XIII. Establecer el Sistema de Indicadores de Salud conforme a los lineamientos que dicten las dependencias competentes, así como emitir las normas para la realización de las evaluaciones de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud, así como vigilar su cumplimiento;

XIV. Emitir y difundir dentro del Sector Salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes, las políticas y normas sobre evaluación que deban observar los servicios de salud;

XV. Evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud en cuanto al nivel y distribución entre la población de condiciones de salud, trato adecuado y equidad en el financiamiento, así como, en su caso, analizar y proponer alternativas;

XVI. Evaluar la operación y utilización del Sistema Nacional de Información en Salud en la gestión y evaluación de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, analizar y proponer alternativas para hacerlo más eficiente en este rubro;

XVII. Evaluar el desarrollo y operación de los servicios proporcionados por la Secretaría y el Sistema Nacional de Salud, así como el desarrollo de los programas prioritarios de esta Dependencia y, en su caso, analizar y proponer alternativas para hacerlos más justos y eficientes.¹²

¹¹ nota

¹² Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República. **VICENTE FOX QUESADA**, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 17, 18

2.2.3 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2000-2006

Establece que la salud está ligada al destino de la Nación y que no puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos.

Plantea como objetivos principales para cumplir con el compromiso con la salud: elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades; garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios; ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, y fortalecer el sistema de salud.¹³

2.2.3.1 Programa Nacional de Salud

México está transitando hacia una nueva cultura ciudadana. Las instituciones públicas están cada día más obligadas a informar a la sociedad sobre la marcha y resultado de sus actividades. Los ciudadanos exigen explicaciones y hacen uso de mecanismos muy diversos para hacer llegar a la autoridad sus inquietudes y propuestas. El común denominador es la necesidad de establecer sistemas claros y permanentes de vigilancia del desempeño de los servidores públicos.

La rendición de cuentas es el proceso a través del cual las instituciones de gobierno dan a conocer a los ciudadanos las decisiones que toman durante el ejercicio de sus funciones, la forma en que asignan los recursos disponibles y el impacto que ambos procesos tienen en la vida de los municipios, los estados o el país en su conjunto. Dar cuenta de lo hecho implica, por lo tanto, la existencia de procedimientos explícitos, públicos y detallados cuyo objetivo último es proteger los derechos de los ciudadanos contra los posibles agravios de las instituciones del Estado. En el fondo, la rendición de cuentas se basa en la idea de que las personas tienen derecho a conocer los principios y razonamientos que están detrás de las decisiones que afectan su bienestar básico.

El objetivo fundamental de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población a la que atiende. Esto se logra mediante la provisión de servicios de salud efectivos y respetuosos de la dignidad y expectativas de los

y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, he tenido a bien expedir el siguiente **REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD** Se aboga el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 15 de septiembre de 2000.

¹³ DECRETO por el que se aprueba el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los dieciocho días del mes de septiembre de dos mil uno.- Vicente Fox Quesada.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, José Francisco Gil Díaz.- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo, Francisco Javier Barrio Terrazas.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica.

usuarios. El éxito de estos servicios en la consecución de dicho objetivo puede y debe evaluarse.

Este esquema de evaluación utilizará dos tipos de indicadores:

- i) Indicadores agregados para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud de la población, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con la que cuentan los ciudadanos, e
- ii) Indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios.

Este esquema tomará en consideración la magnitud de cambio de los indicadores en el periodo evaluado y la reducción de las inequidades en las distintas entidades federativas. Además de detectar errores e ineficiencias, la evaluación permitirá detectar buenas prácticas y promover su generalización hacia todos los prestadores, a fin de mejorar la implantación de las políticas y la gestión de los programas y servicios.

El esquema integral de evaluación contará con tres componentes:

- Desempeño
- Programas y servicios
- Sistema Nacional de Indicadores

Las instancias encargadas de definir los criterios de operación de este esquema serán el Consejo de Salubridad General (CSG) –órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en materia de salud– y el Consejo Nacional de Salud (CNS) –órgano de carácter federal encargado de la coordinación territorial de las políticas de salud–. Se propone que en estos foros se concilien los criterios de evaluación, se presenten los resultados de las evaluaciones y, en función de los mismos, se generen propuestas de revisión de las políticas y los programas.

Sistema Nacional de Indicadores

Tanto la evaluación del desempeño como la evaluación de programas y servicios implican la medición periódica de indicadores seleccionados y estandarizados a escala sistémica y programática. Actualmente los sistemas de salud de todo el mundo cuentan con miles de indicadores acerca de centenas de procesos y resultados, que imponen enormes presiones a los sistemas de información. Cuando los recursos humanos y financieros son limitados y los problemas de salud numerosos, los procedimientos de recopilación, clasificación y procesamiento de datos con los que se construyen los indicadores pueden representar una pesada carga que, lejos de apoyar la toma de decisiones, interfiere con ella y obstaculiza la consecución de las metas del sistema. Esto no sólo se debe al uso ineficiente de los recursos, sino también a la dificultad que

enfrentan los administradores para discernir entre una enorme cantidad de datos. De ahí que exista consenso en la ventaja que tiene alcanzar un equilibrio entre tres factores que intervienen en el proceso de selección, confección y uso de los indicadores sanitarios:

- **Cobertura.** Abarca sólo aquellas esferas de acción que pueden influir en el resultado y ser modificadas mediante la evaluación.
- **Capacidad del sistema.** El sistema puede producir oportuna y exhaustivamente a un costo aceptable para la sociedad.
- **Capacidad de los administradores.** Administradores del sistema que sean capaces de utilizar en la toma de decisiones.

La creación de un conjunto mínimo de indicadores basado en los que actualmente avala el CNS será estratégica. En el caso de la evaluación del desempeño, se buscará convertirnos en líder mundial en este tema, adaptando a las condiciones del país las recomendaciones que la OMS ha emitido en este sentido. El Sistema Nacional de Indicadores se convertirá así en un puente que vinculará la experiencia técnica de la SSA con su responsabilidad política y social.

Opinión ciudadana

La medición de la opinión de los ciudadanos sobre asuntos de interés público es ya una práctica habitual. Las encuestas de opinión permiten conocer, por ejemplo, el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios públicos.

Con la intención de atender mejor las inquietudes de los usuarios de los servicios de salud, la presente administración incorporará a sus herramientas de gestión encuestas de percepción que se aplicarán de manera periódica. Los resultados de estas encuestas se difundirán de manera masiva por medios impresos y electrónicos.

2.2.4 Cruzada Nacional de Salud

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plasman los tres retos principales que se afrontarán: equidad, protección financiera y calidad. En este último se inscribe la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como instrumento para elevar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud de las instituciones, con enfoque en la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida.

Durante los últimos 12 años, ha prevalecido un modelo sobre la calidad de los servicios de salud, que empieza a ser sustituido. Se basa en los supuestos que consideran que "la calidad está implícita", "cantidad es sinónimo de calidad", "no importa el costo para ofrecer calidad", "la manera de garantizar la calidad es supervisando el trabajo de los demás" y "el paciente es un ente pasivo".

Para sustituir este paradigma la Cruzada Nacional impulsa nuevos postulados sustentados en:

- 1 La demostración de resultados del proceso de atención es indispensable. La calidad debe ser explícita.
- 2 Es fundamental medir para comparar, aprender y mejorar.
- 3 La responsabilidad de mejorar es de todos los involucrados en el proceso de atención.
- 4 Es indispensable ofrecer cantidad con calidad.
- 5 Los procesos que se realizan con calidad contribuyen a una mayor eficiencia.
- 6 El paciente es capaz y debe participar activamente en el proceso de su atención.

La Cruzada Nacional está diseñada para impulsar el tránsito hacia este nuevo modelo y poder enfrentar los retos que resultan de un diagnóstico sobre la calidad de los servicios de salud, caracterizado por:

- 1 Bajo nivel, en promedio, de la calidad de los servicios de salud públicos y privados.
- 2 Heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, entre instituciones y al interior de las propias instituciones.
- 3 Percepción de mala calidad de los servicios por parte de la población.

Esta problemática se manifestó en la "Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000", en la que la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado en relación con los datos que se tenían en 1994, 4 de cada 10 mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios públicos de "agua y drenaje", "teléfonos" y "transporte público".

Adicionalmente, los indicadores de calidad de los servicios de salud son prácticamente inexistentes y las mediciones que hay son limitadas. En este sentido, la Cruzada Nacional como una estrategia sectorial inició durante 2001 la medición de indicadores orientados al trato digno que deben recibir los usuarios de los servicios de salud, específicamente en tiempos de espera, surtimiento de recetas e información que recibe el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento. En este aspecto el programa concibe al monitoreo de indicadores en las unidades prestadoras de servicios de salud, como una herramienta de gestión para la calidad, que fundamenta la toma de decisiones para efectuar intervenciones que mejoren la calidad con énfasis inicial en el trato digno a los usuarios y la atención médica efectiva, a fin de otorgar confianza a los ciudadanos sobre los servicios que reciben.¹⁴

¹⁴ PROGRAMA NACIONAL DE SALUD.2001-2006 IV. CÓMO MEDIMOS LOS AVANCES LA RENDICIÓN DE CUENTAS COMO PARTE DEL PROCESO DEMOCRÁTICO Primera edición, 2001 D.R.© Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México,D.F. Impreso y hecho en México

Para este esfuerzo de mejora, el concepto de calidad de los servicios de salud se concibe con dos elementos:

1 Atención médica efectiva, entendida como:

Efectiva, que logre el resultado o efecto posible, de acuerdo con el estado que guarda la ciencia médica.

Eficiente, con la cantidad de recursos adecuada al resultado obtenido.

Ética, de acuerdo con los valores socialmente aceptados.

Segura, con los menores riesgos posibles.

2 Trato digno, cuyas características son:

Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas sobre el servicio de salud que reciben.

Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.

Interés manifiesto en la persona.

Amabilidad.

Con este propósito la Cruzada Nacional orienta sus acciones a los usuarios, a las organizaciones prestadoras de los servicios de salud, a la población en general y al propio sistema de salud, bajo los siguientes principios básicos:

La protección de la salud es la razón de ser de la búsqueda de calidad.

Los usuarios de los servicios merecen un trato digno y respetuoso.

Los usuarios de los servicios deben ser reconocidos como participantes activos del proceso de atención.

Una buena calidad técnica debe ser eficiente, bajo el supuesto de que el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud no necesariamente implica incrementar costos.

Los problemas que afectan la calidad generalmente aun causados por el diseño de sistemas y de los procesos.

Todos aquellos que intervienen en el proceso de atención médica deben tener la capacidad y la oportunidad para hacer propuestas de mejora de los servicios.

Las mejoras tienen que ser demostrables.

Es indispensable reconocer las experiencias exitosas en la prestación de los servicios mediante apoyos institucionales no asociados a estímulos económicos o a prestaciones en materia de servicios personales.

La rendición de cuentas debe ser una práctica común.

2.2.5 Normas Oficiales.

NOM : Norma Oficial Mexicana mencionando las siguientes:

NOM-167-SSA 1-1997, Prestación de Servicios de Asistencia Social para menores y adultos mayores. D.F.O. 17-XI-1999.

NOM-173-SSA 1-1998, Atención Integral a personas con discapacidad. D.F.O. 19-xi-1999.

NOM-168-SSA 1-19998, del expediente clínico. D.F.O. 30-IX-1999.

NOM-173-SSA 1-1998 Atención Integral a personas con Discapacidad.

NOM-197-SSA1-2000, Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

2.2.6 AGENDA DEL BUEN GOBIERNO

Gobierno de Calidad

Un gobierno de calidad es aquel que garantiza las expectativas de clientes y ciudadanos, en cuanto a los servicios que les brinda; es decir, que mantenga un firme y permanente compromiso con la calidad de los servicios que ofrece a la ciudadanía

La Dependencia, para mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población, cumple con el criterio de satisfacción del cliente y ciudadano, a través de la implantación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual está orientada a mejorar el trato digno y la atención médica que reciben los usuarios, aplicando intervenciones de mejora a partir de un modelo de gestión de calidad, el cual continua su aplicación a nivel nacional. Se esta construyendo una cultura de calidad de los servicios con una estrategia que considera intervenciones de corto, mediano y largo plazo donde se propone que los trabajadores de la salud cuentan con mecanismos que les permiten promover mejoras en la prestación de los servicios, así como medir la satisfacción de los usuarios.

El punto 2.4. de la Agenda del Buen Gobierno ¿Midió la satisfacción del usuario/ciudadano respecto de las estrategias de Buen Gobierno?

Con la finalidad de medir el avance en cada una de las estrategias de Buen Gobierno y para mejorar la calidad de los servicios de salud, se ha implementado un Sistema Nacional de Monitoreo de Indicadores (INDICA) que permite medir localmente los resultados de la prestación de los servicios para tomar decisiones a partir de datos objetivos y con ello implementar acciones de mejora utilizando las herramientas que promueve la Cruzada Nacional por la Calidad ; de esta manera, en materia de trato digno, los resultados obtenidos son validados por organizaciones sociales independientes a través de la figura del *aval ciudadano* .

A través de la instrumentación del Sistema Nacional de Monitoreo de Indicadores de calidad de los servicios denominado INDICA, se realizan encuestas

bimestralmente a los usuarios para determinar el grado de satisfacción con los servicios que se reciben, particularmente sobre los tiempos de espera, información al paciente y surtido de medicamentos. Con base en lo anterior, se construye el índice de satisfacción de los usuarios con relación al trato que reciben en las unidades médicas. Los datos que se obtienen son de carácter público y pueden ser consultados por internet en la dirección electrónica antes citada. Finalmente, el resultado de los indicadores sobre trato digno es avalado por organizaciones sociales que de manera voluntaria, participan a nivel nacional bajo la figura de aval ciudadano.¹⁵

2.2.6.1 Modelo de Calidad INTRAGOB.

El modelo de calidad INTRAGOB es un sistema de gestión diseñado especialmente para el gobierno y una herramienta para el diagnóstico y evaluación del grado de madurez en cuanto a la implantación de un sistema de Gestión de calidad con énfasis en la mejora continua.

Está orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos y clientes, mediante la prestación de servicios y elaboración de productos realizados por la administración pública federal, así como a lograr que ésta se desempeñe con niveles de clase mundial.

Adicionalmente, busca desarrollar una cultura de calidad en el gobierno federal, que se refleje en la calidad de sus procesos, productos y servicios, dignificando la imagen de los servidores públicos.

Por ello, el modelo de calidad INTRAGOB, es un marco de referencia que permite crear y mejorar programas en las dependencias y entidades, cumpliendo con los siguientes criterios:

1. Satisfacción del cliente y ciudadano
2. Liderazgo.
3. Desarrollo del personal y del capital intelectual.
4. Administración de la información y de la tecnología.
5. Planeación.
6. Gestión y mejora de procesos.
7. Impacto en la sociedad.
8. Resultados

El proceso de Evaluación se desarrolla en dos etapas. La primera se refiere al reporte de avance que debe ser desarrollado con base en el Modelo de Calidad INTRAGOB y debe representar la operación real de los sistemas y procesos de la Dependencia.

La segunda está relacionada con la visita de campo que realizan evaluadores externos, para corroborar y ampliar a través de evidencias la información

¹⁵ Agenda del Buen Gobierno www.salud.gob.mx/unidades/dgces

presentada en la etapa documental. También se identifica en todos los niveles o procesos de la Institución, aspectos y prácticas propias sobre la cultura de la calidad que serán integrados a la evaluación sobre la madurez de la calidad de la Dependencia que participa en el premio.

El Modelo de Calidad Intragob esta centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos, como eje rector de los esfuerzos de calidad, mejora continua, innovación, competitividad, integridad y transparencia por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, con el fin de que los resultados obtenidos impacten directamente en la percepción de la calidad del servicio por parte de la ciudadanía.

Para atender estos compromisos, el Gobierno Federal establece su Política de Calidad, dirigida hacia la atención de tres aspectos prioritarios: la calidad de los servicios, la integridad de los Servidores Públicos y la percepción de la sociedad respecto a la confiabilidad y eficacia de la Administración Pública Federal.

Uno de los principios de la Calidad Intragob es la:

Satisfacción del cliente y ciudadano

Se entiende como el principal elemento de enfoque de los sistemas de las dependencias y entidades identificar y conocer profundamente las necesidades y expectativas de los clientes, ciudadanos, y de la sociedad en su conjunto, e incorporarlas a los ciclos de mejora de los procesos internos, así como, a los procesos, productos y servicios asociados, para satisfacer plenamente dichas necesidades y expectativas, mediante la administración de sistemas de medición de calidad, y así responder de manera oportuna, confiable, y con valor agregado.

Calidad en el servicio

La administración pública federal esta comprometida a responder consistentemente a las expectativas y requerimientos de los clientes y ciudadanos, con un claro entendimiento de los objetivos y metas de calidad de los productos y servicios, acción en la que todos los servidores públicos deben desarrollar sus funciones con responsabilidad, integridad, transparencia y profesionalismo, así como manifiesta actitud de servicio, cuyo valor agregado sea evidente a través de una atención profesional, respetuosa, honesta, oportuna y cordial.

Los principios de satisfacción del cliente y calidad en el servicio, están orientados a optimizar los procesos y servicios que permiten satisfacer sus necesidades y expectativas al menor costo, con el fin de que los clientes y ciudadanos obtengan y perciban los aspectos tangibles e intangibles de la calidad.

2.2.7 SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

2.2.7.1 Ley del Instituto de Seguridad Social Militar para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Artículo 142/o. La atención médica quirúrgica es el sistema por el cual se trata de conservar la salud de las personas, entendiéndose por este concepto no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar físico y mental.

La atención médico quirúrgica a los militares con haber de retiro y a los familiares de los militares que perciban haberes y haber de retiro, se prestará por el instituto en sus propias instalaciones o como servicio subrogado, con base en la aportación del gobierno federal especificada en el artículo 221 de esta ley.

a. También tendrán derecho al servicio médico integral en los términos señalados en el párrafo que antecede, los derechohabientes del militar sentenciado a cumplir una pena privativa de libertad, que no haya sido destituido de su empleo.

b. Los familiares de militares que tienen derecho a esta prestación son:

i. El cónyuge o en su defecto la concubina o concubinario siempre y cuando el militar haya hecho la designación de dicha persona en los términos del artículo 160 de esta ley;

ii. Los hijos solteros menores de 18 años;

iii. Los hijos mayores de edad que se encuentren estudiando en planteles oficiales incorporados, con límite hasta de 25 años, excepcionalmente y a juicio del instituto podrá extenderse este beneficio hasta los 30 años de edad, si además de cubrir los requisitos mencionados, están realizando estudios a nivel licenciatura o superiores y demuestran su dependencia económica;

iv. Los hijos incapacitados o imposibilitados para trabajar en forma total y permanente, y

v. El padre y la madre.

Artículo 143/o. Para que la concubina o el concubinario tengan derecho a la atención médico quirúrgica, es necesario que hayan sido designados con dicho carácter por el militar en los términos del artículo 160 de esta ley, no se admitirá nueva designación antes de tres años, salvo que se acredite el fallecimiento de la persona designada.

Artículo 144/o. Los familiares sólo podrán gozar del servicio médico cuando estén en situación de dependencia económica respecto al militar.

Artículo 145/o. La atención médico quirúrgica incluye además, la asistencia hospitalaria y farmacéutica necesaria y, en su caso, obstetricia, prótesis y ortopedia y rehabilitación de los incapacitados, así como la medicina preventiva y social y la educación higiénica.

Artículo 146/o. Para la hospitalización del militar o de sus familiares, se requiere el consentimiento expreso del paciente.

Artículo 147/o. Tratándose de menores de edad o incapacitados, no podrá ordenarse la hospitalización sin el consentimiento de los padres o quienes legalmente los representen.

Artículo 148/o. En caso de que los militares o sus familiares no se sujeten al tratamiento médico respectivo, no tendrán derecho a exigir que se les continúe prestando la atención médica únicamente por lo que hace a la enfermedad que sufran, mientras no cese tal actitud; en caso de que los militares padezcan enfermedades que les inutilicen temporalmente para el servicio y no se sujeten al tratamiento adecuado no se les expedirá el certificado de inutilidad correspondiente.

A. Artículo 153/o. Los familiares de un militar en activo o en situación de retiro comprendidos en el artículo 142 de esta ley y los pensionistas, tendrán derecho a que se les proporcione gratuitamente el servicio médico.

B. Artículo 154/o. Se faculta al instituto para celebrar convenios con las secretarías de la defensa nacional y de marina, así como los institutos de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado y mexicano del seguro social, a efectos de prestar el servicio médico subrogado, que comprenderá: asistencia médica quirúrgica, obstetricia, farmacéutica y hospitalaria, así como los aparatos de prótesis y ortopedia que sean necesarios

2.2.7.1 Reglamento Interior de la Secretaría de la Defensa Nacional.

Artículo 38. Corresponde a la Dirección General de Sanidad:

a. Fracción v. Promover la salud y prevenir la enfermedad mediante acciones de salud pública;

VIII. Proponer innovaciones en la organización y funcionamiento de las unidades e instalaciones del servicio.¹⁶

2.2.7.2 P.S.O. Procedimientos Sistemático Operativo. Aspectos Militares, Sistema Logístico.

Párrafo 26. Subpárrafo f. de conformidad con los artículos 55,468 y 469 de la Ley General de Salud, las instalaciones hospitalarias militares atenderán la totalidad de las situaciones médicas, incluyendo los casos médicos legales de personal, militar o civil en casos de urgencia; debiendo, en estos casos, rendir parte de inmediato al mando territorial

2.2.8 OTROS AUTORES

Teresita de J. Ramírez-Sánchez, Lic. en Enf., M.S.P., M. en C., Patricia Nájera-Aguilar, Lic. en Geogr., M. en Geogr., Gustavo Nigenda-López, Biól., M. en Antrop., Ph.D., describieron en 1994 la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizaron su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. La información analizada parte de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, que levantó información de 3 324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta, donde se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). Conclusiones. Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejora continua de la calidad de la atención.¹⁷

Galván González María José, Dueñas García Bertha M: Rodríguez Castillo Ma. Lourdes. U.M.F. N° 28 y Escuela de Enfermería del IMSS Monterrey, investigaron la percepción del derechohabiente sobre la calidad de atención de enfermería en

¹⁶ REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 1o. de septiembre de 1992. Reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 21 de noviembre de 1994, y 11 de abril de 1995.

¹⁷ htmTeresita de J. Ramírez-Sánchez, Lic. en Enf., M.S.P., M. en C., Patricia Nájera-Aguilar, Lic. en Geogr., M. en Geogr., Gustavo Nigenda-López, Biól., M. en Antrop., Ph.D. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios . Salud Publica Mex 1998;40:3-12

la U.M.F. N° 28 de Monterrey, N.L. realizando un estudio transversal de 63 personas ambos sexos, de 18 a 60 años que acudieron a los módulos de EMI, Medicina Preventiva, Planificación Familiar, Urgencia y Crónico Degenerativo durante el mes de abril del 2002. Se seleccionó la muestra de manera aleatoria simple; se aplicó un cuestionario auto administrado de 18 ítems, previamente validado por 4 expertos 2 jefes de enfermería y 2 subjeses de enseñanza, con la técnica delphi, se utilizó los programas estadísticos SPSS y Epiinfo. Donde los resultados fueron de los 63 derechohabientes el 38% opina que la atención que reciben por parte del personal de enfermería es de buena calidad, el 39.7% manifestó como regular y por último el 22.2% expresó ser de mala calidad, por lo que concluyeron que la percepción que tiene el derechohabiente sobre la calidad de atención de enfermería es regular.¹⁸

2.2.9 Evaluación de la calidad en salud

En las instituciones que prestan servicios de salud se deben ejercer acciones y programas de garantía de calidad donde se desarrolle varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace entonces indispensable desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente y desde el punto de vista de los recursos económicos, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y a los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: **la estructura** (atributos de los sitios en que se presta la atención), **el proceso** (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y **los resultados** (los beneficios que obtiene el paciente). El método clínico, la revisión por pares y la auditoria médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente.

¹⁸ Ardón, N. y Jara, M. 1998)

2.2.10 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES DICIEMBRE 2001

1. Recibir atención médica adecuada
El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

2. Recibir trato digno y respetuoso El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

3.- Recibir información suficiente, clara oportuna y veraz. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

4. Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código-Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3 "Declaración de Lisboa de la

Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente" del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a la Secretaría de Salud: Carta de derechos del paciente procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1

6. Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Artículo 50 Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9. y 5.5

8. Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por

un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.

9. Contar con un expediente clínico. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.

2.2.11 INDICADOR

Se define como un medio para constatar, estimar, valorar, controlar y autorregular los resultados de un proceso. La aplicación de un indicador requiere condiciones específicas y fijas para no alterar el resultado. Los indicadores deben evaluarse en forma permanente.

El sector de la salud con respecto a la calidad del cuidado está cambiando dramáticamente. El crecimiento explosivo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los gastos por servicios de cuidado de la salud han llevado a captar más atención del público, de pagadores privados y entidades reguladoras gubernamentales y privadas. Los gastos derivados del cuidado de la salud aumentan continuamente, por lo que se está cuestionando a las instituciones y proveedores de servicios de salud esperando que se demuestre el valor y la calidad de estos servicios.

El cuidado del paciente se puede medir a través de indicadores que reflejan la forma como se está brindando este cuidado, conocido también como “monitoría del cuidado.”

Los indicadores de calidad de la atención de enfermería pretenden:

1. Medir la satisfacción del paciente o usuario.
2. Medir los resultados en los pacientes
3. Establecer los indicadores de la calidad en la atención de salud.

Los indicadores pueden ser utilizados para mejorar la calidad del cuidado, sin embargo, en nuestro país aún no contamos con instrumentos adecuados. En otros países se ha investigado y probado algunos instrumentos útiles para medir la calidad del cuidado y lo que es más importante para otorgar las certificaciones correspondientes. Dicha certificación sería el equivalente al sistema de acreditación de las instituciones de salud que se está intentando implementarse en la actualidad en nuestro medio.

Estos datos y trabajos relacionados con la medición del cuidado son necesarios para pagadores y reguladores que evalúan constantemente la calidad del cuidado del paciente.

Me atrevo a decir en este momento que ninguna institución que se precie de proporcionar un excelente servicio puede lograr subsistir sin elementos concretos que le permitan hacer una medición del cuidado con los instrumentos que considere pertinentes. Es fundamental que las instituciones analicen estas situaciones, puesto que esto va a repercutir en el ámbito de la contratación y consecutivamente en los recursos monetarios para su existencia. Estamos seguros que las instituciones prestadoras de servicios de salud podrían mejorar la calidad del cuidado y demostrar así el valor de sus servicios a los pagadores y reguladores, desarrollando un programa continuo de mejoramiento de calidad que utilice medios estandarizados bien definidos, rigurosos y confiables; se podrá entonces hablar de “Mejoramiento continuo de la calidad basado en resultados”. Bajo este término se pueden analizar los procesos con profundidad, hacer los cambios y evaluar los resultados de tales cambios. Igualmente lo que se pretende es que la estrategia de mejoramiento de calidad basada en resultados, también represente una estrategia financiera, mejorando los resultados y demostrando efectividad a los pagadores y reguladores, se va a poder justificar, cuantificar y costear de la mejor manera los servicios que brindan, aumentando por lo tanto, su mercado y viabilidad financiera.

2.3 Nivel Institucional

El Plan Nacional de Desarrollo 200-2006 establece como objetivo rector abatir los niveles de corrupción en el país y dar absoluta transparencia a la gestión y el desempeño de la Administración Pública Federal.

El 22 de abril de 2002 fue publicado en el Diario Oficial de la federación el Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo (PNCCTDA) gubernamentales para prevenir y sacrificar

la corrupción en las instituciones públicas, mejorar su eficacia, eficiencia y honestidad, hacer obligatoria la rendición de cuentas y propiciar la participación activa de la población.

La Secretaría de la Defensa materializó su programa operativo para la transparencia y combate a la corrupción, representado el principal instrumento esencial para dar respuestas a los principales que constituyen el PNCCTDA, considerando en su contenido tanto a la Secretaría de la Defensa Nacional, como al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas, dicho documento establece la integración de grupos de enlace de trabajo, la determinación de procesos considerados como crítico por su mayor o menor proclividad a la realización de prácticas de corrupción y recomendaciones.

Por lo cual se establecieron indicadores de resultados con formulas respectivas, así como las metas por alcanzar (mínima, satisfactoria y sobresaliente) para cada proceso considerado como crítico.

Por lo anterior la Dirección General de Sanidad tiene como objetivo primordial el de prevenir y de combatir posibles prácticas de corrupción e impunidad en las áreas de Consulta Externa de los Hospitales y Enfermerías Militares, así mismo mejorar los procesos de calidad en la atención que se proporciona al personal militar y sus derechohabientes.

La conducta irregular posible se define como la posibilidad de recibir dadivas de los usuarios para ser atendidos rápidamente como consecuencia de tramotes lentos y engorrosos.

Indicador Propuesto:

Nivel de Percepción de Transparencia de los Usuarios en la Consulta Externa de los Hospitales y Enfermerías Militares.

Acciones:

Se amplía la directiva de la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Salud en los Hospitales y Enfermerías Militares. Con el fin de estar en condiciones de dar seguimiento a los indicadores del programa de transparencia y combate a la corrupción propuestos por esta dirección a la Inspección y Contraloría General por este Instituto Armado ante la Secretaría de la Función Pública.

Por lo que se implementaron a partir del 1/ero. De febrero del 2005 las siguientes acciones:

1. En la cédula de la consulta externa se incluirán las siguientes preguntas.

A. ¿Algún servidor público del Hospital/Enfermería le solicitó dinero, regalos o algún servicio? Si No

b. Si su respuesta es afirmativa indique a que área pertenece el servidor pública.

ESTACIONAMIENTO	
VIGILANCIA	
INFORMACIÓN	
TRABAJO SOCIAL	
CITAS	
ENFERMERIA	
MEDICA	
RAYOS X	
LABORATORIO	
OTRAS,ESPECIFIQUE	

2. La aplicación de las encuestas se hará diariamente durante las tres primeras semanas de cada mes, en la semana No. 4 se consolidaran los resultados y no como estaba estipulado en la citada directiva.
3. Los resultados deberán remitirse a la Dirección General de Sanidad (Subsección de Planes), los primeros 10 días del mes siguiente a la aplicación de las encuestas en forma consolidada, señalando en la parte superior del informe el número de encuestas por cada área.
4. Respecto al número de encuestas para aplicarse en Hospitalización y Urgencias se seguirá realizando conforme lo marca la directiva a la totalidad de los pacientes que sean atendidos en estos servicios.
5. En lo que concierne al área de consulta externa se encuestará por lo menos 10% de los pacientes que asisten a consulta en virtud de que se ha detectado que en algunos escalones es mínima la cantidad de estas aplicadas contra el número de pacientes atendidos
6. Es conveniente que toda la documentación relativa a esta directiva se conserve en su totalidad en forma ordenada y las alcance, en virtud de que se tiene considerado que personal de alcance, en virtud de que se tiene considerado que personalidad de la Inspección y Contraloría de Ejercito y Fuerza Área a través del Órgano interno de Control Efectúe Auditorias, con el fin de verificar que la información y coincide con la que envían los escalones del servicio.
7. Se responsabiliza a esa Jefatura del cumplimiento de lo anterior cambiándoles la fecha, informes incompletos, los tiempos de espera cambiados.

Por lo tanto la Enfermería da cumplimiento de esta directiva llevando un sistema de Evaluación Externo por medio de encuestas y de atención a quejas.

Por lo que se implementaron a partir del 1/ero. De febrero del 2005 las siguientes acciones:

8. En la cedula de la consulta externa se incluirán las siguientes preguntas.
9. La aplicación de las encuestas se hará diariamente durante las tres primeras semanas de cada mes, en la semana No. 4 se consolidaran los resultados y no como estaba estipulado en la citada directiva.
10. Los resultados deberán remitirse a la Dirección General de Sanidad (Subsección de Planes), los primeros 10 días del mes siguiente a la aplicación de las encuestas en forma consolidada, señalando en la parte superior del informe el número de encuestas por cada área.
11. Respecto al número de encuestas para aplicarse en Hospitalización y Urgencias se seguirá realizando conforme lo marca la directiva a la totalidad de los pacientes que sean atendidos en estos servicios.
12. En lo que concierne al área de consulta externa se encuestará por lo menos 10% de los pacientes que asisten a consulta en virtud de que se ha detectado que en algunos escalones es mínima la cantidad de estas aplicadas contra el número de pacientes atendidos
13. Es conveniente que toda la documentación relativa a esta directiva se conserve en su totalidad en forma ordenada y las alcance, en virtud de que se tiene considerado que personal de alcance, en virtud de que se tiene considerado que personalidad de la Inspección y Contraloría de Ejército y Fuerza Área a través del Órgano interno de Control Efectúe Auditorias, con el fin de verificar que la información y coincide con la que envían los escalones del servicio.
14. Se responsabiliza a esa Jefatura del cumplimiento de lo anterior cambiándoles la fecha, informes incompletos, los tiempos de espera cambiados.

Por lo tanto la Enfermería da cumplimiento de esta directiva llevando un sistema de Evaluación Externo por medio de encuestas y de atención a quejas.

2.3.2 Directiva de la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Salud en los Hospitales y Enfermerías Militares.

I. Información.

La Secretaría de la Defensa Nacional como parte integrante del Sistema Nacional de Salud a través del Servicio de Sanidad tiene como objetivo el de proporcionar la atención médica a su personal Militar y Derechohabientes en forma eficiente, con calidad y trato digno en todos sus Escalones Sanitarios de acuerdo con las políticas establecidas por la presente Administración.

II. Antecedentes

- A. Programa Nacional de Salud 2001-2006
- B. Programa Contra la Corrupción
- C. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

III. Objetivos

- A. Evaluar la satisfacción de los usuarios de los servicios en los escalones de 2/o. y 3/er. nivel de atención médica.
- B. Proponer alternativas que permitan mejorar la calidad de la atención médica.
- C. Mejorar la salud del personal militar en el activo y retirado, sus derechohabientes.

IV. Organización

A. Límites

- a. De tiempo: Permanente en forma bimestral durante los meses de: febrero-marzo, junio-julio y octubre-noviembre.
- b. De espacio: En los escalones de 2/o. y 3/er. Nivel de atención del servicio de Sanidad.

B. Participantes

- a. Dirección General de Sanidad (Sección de Planes y Sección de Medicina Asistencial).
- b. Jefe Regionales del Servicio de Sanidad
- c. Directores de Hospitales y Enfermerías Militares
- d. Jefes de Trabajo Social de los Hospitales y Enfermerías

V. Aspectos Técnicos

A. Se aplicarán cédulas de evaluación de la satisfacción a los usuarios de los Hospitales y Enfermerías Militares.

B. La cédula de evaluación será aplicada y recolectada por el personal de trabajo social de los diferentes escalones del servicio, de la siguiente forma:

a. Cedula de Hospitalización:

1. En forma bimestral (febrero-marzo, junio-julio y octubre-noviembre) a la totalidad de los pacientes que egresan del hospital.

2. En caso de que el paciente no pueda contestar la cédula, esta deberá ser llenada por un familiar.

b. Cédula de Consulta Externa:

1. Se tomará una muestra significativa de los pacientes que acudan a la consulta externa del hospital, tanto de especialidad como general, de la siguiente forma:

i. En la primera semana de cada bimestre (febrero-marzo, junio-julio y octubre-noviembre), el día lunes, se aplicará la cédula de evaluación a la totalidad de pacientes que acudan a consulta. La segunda semana el día martes, la tercera semana en miércoles, y así sucesivamente, hasta la semana del día sábado y reiniciar.

ii. En los Hospitales y Enfermerías donde otorguen mas de 200 consultas en un día, se podrá dividir la toma de cédulas, siendo inicialmente en el horario de 0800 a 1100 horas y al terminar las seis semanas, en el horario de 1100 a 1400 horas.

c. Cédula de Urgencias:

1. En forma bimestral (febrero-marzo, junio-julio y octubre-noviembre) a la totalidad de los pacientes que son atendidos en urgencias.

2. En caso de que el paciente no pueda contestar la cédula, esta deberá ser llenada por un familiar.

C. El escalón sanitario deberá remitir al término de cada bimestre y en forma consolidada, el resultado de las cédulas de evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, señalando la totalidad de cédulas

aplicadas en cada caso, y el total de cada una de las calificaciones. Ejemplo: se aplicaron 437 cédulas de hospitalización, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

1. La atención que recibió durante su encame en este Hospital fue:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

2. El trato que recibió del (los) médico (s) tratante (s) fue:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

3. Como calificaría el trato de las enfermeras:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

4. Como calificarías el trato de las trabajadoras sociales:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

5. Como calificaría el trato de las dietistas:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

6. Como calificaría el trato del personal administrativo:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

7. Como considera al resto de su atención, como la comida, la cama, etc.

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

8. La información que recibió durante el tiempo que permaneció hospitalizado (s)

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total

VI. Responsables

A. Dirección Gral. De Sanidad (Sección Med. Asist. y Subsecc. Planes)

- 1.- Serán los organismos encargados de la consolidación de la información, análisis y valoración de los datos obtenidos.
- 2.- Establecerá las políticas que permitan resolver la problemática y mejorar la calidad de atención medica de manera que sea claramente percibida por los usuarios.
- 3.- Con base en los resultados emitirá las recomendaciones para cada caso en particular.
- 4.-Establecerá coordinación con los escalones del servicio para el mejor funcionamiento del programa.
- 5.-Dará a conocer a la superioridad los resultados y avances obtenidos de la implementación del programa.

B. Jefes Regionales del Servicio de Sanidad.

- 1.- Supervisarán De manera oportuna y permanente la correcta aplicación de los cuestionarios de acuerdo con las directivas establecidas por esta Dirección.
- 2.-Consolidarán los resultados emitidos por cada una de los escalones del servicio contemplados para este fin.
- 3.-Remitirán en forma bimestral, de manera escrita y gráfica a esta Dirección los Resultados obtenidos.

C. Directores de Hospital y Enfermerías.

- 1.-Coordinarán y supervisarán de manera oportuna y continua las acciones de trabajo social.
- 2.-Verificarán y reportaran a la Jefatura Regional del Servicio de Sanidad correspondiente a los datos solicitados.
- 3.-Implementarán las medidas propuestas para la mejora y el buen funcionamiento de cada una de las areas a evaluar.

4.-Exhortaran por medio de pláticas al personal de las instalaciones sanitarias, que se desempeñan de manera eficiente y de forma cálida al prestar la atención médica al paciente, así mismo que en todo momento deben tomar en cuenta el factor CALIDAD resaltando la importancia que tiene en beneficio de Nuestro Instituto Armado.

D. Jefes de Trabajo Social

1.-Nombrarán al personal idóneo para tener el contacto con los pacientes, a fin de aplicar las encuestas de evaluación, de acuerdo a las áreas establecidas, las cuales son: Hospitalización, consulta externa y urgencias.

2.-Sensibilización y capacitación al personal del área que participará en la aplicación de las encuestas.

3.-Verificarán la presencia del personal asignado en cada área así como la correcta aplicación de las encuestas.

4.-Consolidarán y reportarán los resultados obtenidos en los tiempos establecidos.

ENCUESTAS PARA HOSPITALIZACION

Por favor señale con una "X" la respuesta adecuada para Usted.

1. La atención que recibió durante su encame en este Hospital fue:
2. El trato que recibió del (los) médico(s) tratante(s) fue:
3. Como fue el trato de las enfermeras, trabajadoras sociales, dietistas y demás personal administrativo:
4. Como considera al resto de su atención, como la comida, la cama, etc.
5. La información que recibió durante el tiempo que permaneció hospitalizado (s)

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima

ENCUESTAS PARA HOSPITALIZACION

Por favor señale con una "X" la respuesta adecuada para Usted.

1. Como fue la atención que recibió durante su consulta:
2. El trato que recibió del (los) médico(s) tratante(s) fue:

3. Como fue el trato de las enfermeras, trabajadoras sociales, dietistas y demás personal administrativo:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima

4. Cuanto tiempo esperó para recibir consulta

Mas de 2 horas	Entre hora y media y dos	Entre una hora y hora y media	De 30-60 minutos	Menos de 30 minutos

5. Los medicamentos que le indicaron se los proporcionaron en la farmacia:

Excelente	Buena	Regular	No me recetaron	¿Cuántos medicamentos le recetaron?

ENCUESTAS PARA HOSPITALIZACION

Por favor señale con una "X" la respuesta adecuada para Usted.

1. Como fue la atención que recibió en el Servicio de Urgencias:
2. El trato que recibió del (los) médico(s) tratante(s) fue:
3. Como fue el trato de las enfermeras, trabajadoras sociales, dietistas y demás personal administrativo:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima

4. Cuanto tiempo esperó para recibir consulta

Mas de 1	Entre 30 y	Entre 15 y	Menos de	Inmediata
----------	------------	------------	----------	-----------

horas	60min	30 min	15 min	

5. La información que recibió durante el tiempo que permaneció en Urgencias fue:

Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima

CAPITULO 3. ANÁLISIS SITUACIONAL

En este capítulo se investiga la situación actual en la evaluación de la satisfacción del cliente en la percepción de calidad en la Enfermería de Santa Lucía y se seleccionan las áreas de oportunidad para el cambio de mejora.

3.1 Diagnostico Situacional

La falta de un modelo de evaluación manifiesta insatisfacción al cliente y en ocasiones favorece problemas legales y médicos; así mismo durante el proceso de atención a los pacientes manifiesta deficiencia en el sistema de gestión de calidad en estructura, proceso y resultado que en auditorias han reflejado no cumplimiento en la normatividad actual.

Lo que es aún más importante es que el paciente, o el proveedor, basan su juicio, en gran parte, en los aspectos del servicio. Lo que perciben del servicio será lo que llamen "calidad de la atención.

Por lo que se propone un modelo de estrategias y proponga acciones de mejora continua.

3.1.1 Fundamentos básicos.

Calidad Total implica:

- **Orientar la organización hacia el cliente.** Satisfacer los requerimientos del cliente es lo principal. Con este objetivo, la organización debe girar en torno a los procesos que son importantes para este fin y que aportan valor añadido.
- Esto implica superar la visión clásica de que la responsabilidad sobre la
- Calidad es exclusiva de los departamentos encargados del producto o servicio.
- La acción de otros tendrá efecto, en más o menos grado, sobre el resultado
- final.
- **Ampliar el concepto de Cliente.** Se puede concebir a la organización como un sistema integrado por proveedores y clientes internos. Aplicar la calidad, significa que hay que satisfacer, también, las necesidades del cliente interno.
- **Poseer liderazgo en costes.** La calidad cuesta, pero es más cara la no-calidad. Si se trata de centrar la atención en las necesidades y expectativas del cliente, éstas serán mejor atendidas si el coste trasladado al cliente es más bajo. Esta reducción de costes permite competir en el mercado con posibilidades reales de éxito. Se hace necesario, por tanto, reducir los costes de no-calidad.

3.1.2 OBJETIVO.

Establecer indicadores de satisfacción al cliente que permita evaluar al entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención de salud en base al modelo (IPS). Modelo Europeo y de Donabedian A.

3.1.3 RESULTADOS .

De acuerdo al modelo que manifiesta Donabedian A, Modelo (IPS) Instituciones prestadores de servicios y el modelo europeo, se espera obtener datos significativas para la satisfacción del cliente ambulatorio, ya que las necesidades no se ajustan a identificar los problemas de los diversos servicios, la percepción del usuario puede ser variable en relación a la atención de salud, y son deficientes los indicadores de evaluación en la percepción del paciente durante el Sistema de Gestión de Calidad para la atención de salud (estrategias, tácticas y técnicas) observándose deficiencias en la aplicación de acciones de ciclos de mejora continua en la atención de calidad que se proporciona al paciente en los siguientes servicios:

Servicios de Consulta General y Especialidad.

Servicio de Urgencias

Servicios de Odontología Preventiva

Servicio de Trabajo Social

Servicio de Archivo Clínico

Servicio de Farmacia

Servicio de Diagnóstico y Tratamiento (Laboratorio, Rayos "X", Med. Fis. Y Rehab.)

3.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

La necesidad de un modelo de evaluación en la satisfacción del paciente en el en la enfermería de Santa Lucia en el cual se cuente con indicadores en la percepción de la atención de calidad de salud del usuario externo (militares, derechohabientes y civiles), siendo atendidos por los diversos departamentos (Servicios Médicos, Administrativo, Higiene y Saneamiento, Mantenimiento, Ayudantía y Enfermería); implica que las acciones de mejora continua sean las adecuadas en la toma de decisiones con el fin de proporcionar un nivel de excelencia en la atención de salud, ya que se continúa presentado diversas situaciones de quejas verbales y por escrito por la atención de salud, por lo que se han originado problemas legales y disciplinarios.

Crear un gran servicio para la satisfacción de los usuarios requiere de los siguientes pasos:

1. Formular una declaración de la misión y visión de servicio al cliente.

2. Decidir cómo se va a medir el gran servicio que se va a brindar. Definir los parámetros que indicarán un servicio excelente.

3. Diseñar e implementar un modelo sistemático para brindar un servicio de excelencia a sus clientes.

4. Sostener reuniones periódicas para evaluar el servicio que se está ofreciendo a los usuarios. Usando indicadores como base en la medición de indicadores que definen el servicio con el fin de satisfacer la atención del cliente a través de estrategias en la mejora continua .

5. Establecer un sistema de responsabilidades y recompensas para todo su personal.

6. Establecer un modelo de evaluación en la satisfacción del cliente en la Enfermería de Santa Lucía.

3.2.1 Herramientas de calidad en la evaluación de la satisfacción del usuario

3.2.1.1 Análisis de la Percepción de la calidad

Uno de los objetivos del análisis de la percepción de calidad es la comprensión de los aspectos del servicio son más valorados por los distintos segmentos de clientes. Es decir, cuáles son los atributos del servicio sobre los que se tiene un mayor **grado de expectativa**.

Sin embargo hay que reconocer una dificultad que puede aparecer, y es que los informantes tiendan a evaluar la mayor parte de los atributos como muy importantes. Es decir, que no haya suficiente variabilidad para discriminar efectivamente entre ellos. Para evitar esto puede plantearse el cuestionario con un formato de “comparación por pares”, lo que obligaría al encuestado a que se incline por uno u otro de los elementos sucesivamente comparados. Esta técnica, no obstante, tiene el inconveniente de complicar la encuesta en el caso, habitual por otra parte, de que el número de atributos sobre los que se interroga, sea elevado. Por esta razón, las comparaciones suelen ser llevadas a cabo por el investigador, utilizando un método de comparación por pares.

El resultado alcanzado permite establecer una puntuación de importancia para cada uno de los requisitos de calidad (expectativas) de manera que se pueda conocer qué atributos del servicio son más valorados por los usuarios, a través de su ordenación por grado de importancia.

Así, un **primer análisis** irá encaminado a determinar los **factores del servicio más apreciados**, aquellos que son considerados por el cliente como más necesarios o provocan más expectativas.

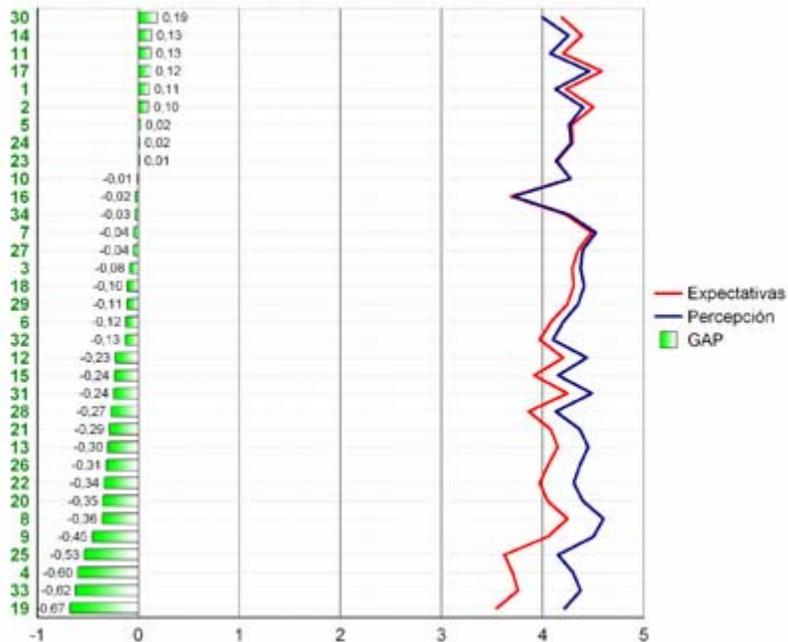


Un **segundo análisis** viene dado por las **puntuaciones en expectativas y percepción**. La diferencia entre unas y otras arroja una brecha (**gap**). Un gap negativo significa un déficit en percepción y, por tanto, en calidad en ese atributo concreto. Un gap positivo, denota satisfacción, una percepción positiva y, por tanto, calidad.

Se aplica la ecuación:

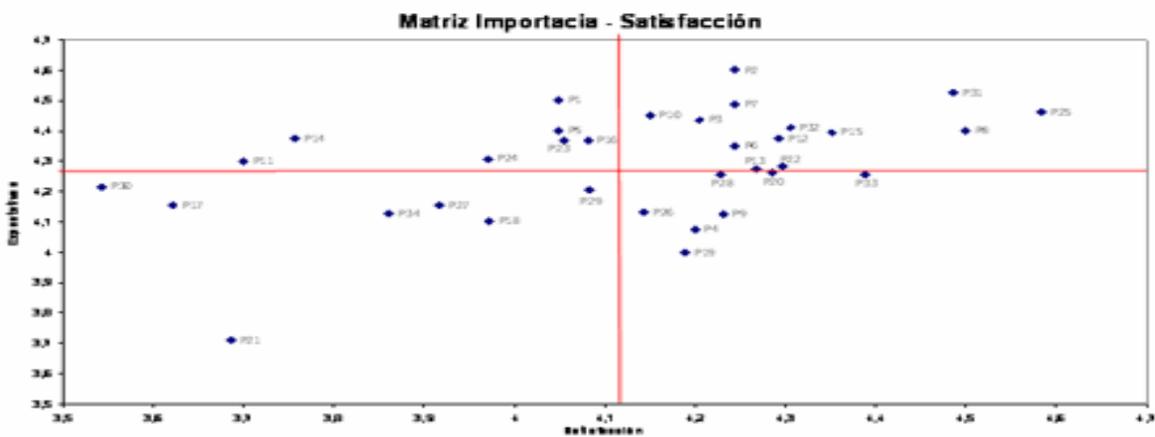
Percepción – Expectativa = CALIDAD PERCIBIDA

Si la diferencia es negativa, hay déficit en calidad; si es positiva, ello es indicativo de satisfacción con el servicio.



Un **tercer análisis** permite cuantificar el **Índice de Percepción de Calidad**. Éste supone un valor que resume el estado general de la percepción de la calidad de los clientes y que puede ser utilizado para estimar la tendencia de la satisfacción en el tiempo.

Finalmente, con la construcción de la **matriz I-S** (Importancia-Satisfacción) se logra posicionar los resultados de la empresa o institución, en cuanto a calidad percibida por sus clientes, detectando fortalezas y debilidades.



Con la información obtenida de los anteriores análisis pueden ya establecerse objetivos de mejora y planes asociados a ellos.

3.2.2 Ishikawa hizo muchas aportaciones en relación al Modelo de Satisfacción al Cliente. Se pueden utilizar las siguientes herramientas de modelo de calidad:

- Uso del diagrama de causa y efecto, espina de pescado o diagrama de Ishikawa.
 - Uso de las 6 herramientas restantes.
- El diagrama de Ishikawa ayuda a identificar las causas del problema que se estudia o se analiza. Es llamado “Espina de Pescado” por la forma en que se colocan cada una de las causas o razones que originan un problema. Tiene la ventaja que permite visualizar de una manera muy rápida y clara, la relación que tiene cada una de las causas con las demás razones del problema. En algunas oportunidades son causas son independientes y en otras, existe una íntima relación entre ellas, las que pueden estar actuando en cadena.

Una manera de identificar problemas es a través de la participación de todos los miembros del equipo de trabajo de tal forma que los participantes vayan enunciando sus sugerencias. Los conceptos que expresen las personas, se colocan en diversos lugares. El resultado obtenido es el diagrama de Ishikawa.

Ideado en 1953 se incluye en él los siguientes elementos:

- a) El problema que se desea analizar, se coloca en el extremo derecho del diagrama. Se aconseja encerrarlo en un rectángulo para visualizarlo con facilidad.
- b) Las causas principales que a nuestro entender han originan el problema.

Gráficamente está constituido por un eje central horizontal conocido como “línea principal o espina central”. Posee varias flechas inclinadas que se extienden hasta el eje central, al cual llegan desde su parte inferior y superior, según el lugar adonde se haya colocado el problema que se estuviera analizando o descomponiendo en sus propias causas o razones.

Cada una de las flechas representa un grupo de causas que inciden en la existencia del problema. Cada una de estas flechas a su vez son tocadas por flechas de menor tamaño que representan las “causas secundarias” de cada “causa” o “grupo de causas del problema”.

El Diagrama que se efectúe debe tener muy claramente escrito el nombre del problema analizado, la fecha de ejecución, el área de la empresa a la cual pertenece el problema y se puede inclusive colocar información complementaria como puede ser el nombre de quienes lo hayan ejecutado, etc.

➤ Las Siete herramientas básicas son: Diagrama de Pareto, (ver el artículo de esta misma web sobre este tema específico), Diagrama de Causa-Efecto, Estratificación, Hoja de Verificación, Histograma, Diagrama de Dispersión, y Gráficas de Control.

La idea de Ishikawa era manufacturar todo a bajo costo. Estableció que algunos efectos dentro de empresas que se logran implementando el control de calidad son la reducción de precios, de costos, mejora de técnica, entre otros.

Ishikawa promovió la calidad dentro de Japón durante la época de la post-guerra, planteó ideas revolucionarias de calidad durante gran parte de su vida e inició los círculos de calidad en la "Nippon Telegraph and Cable" en el año de 1962. Definió a los clientes como internos y externos a las organizaciones. A Ishikawa se debe mucha gratitud por sus ideas que revolucionaron el mundo de la industria, el comercio y los servicios.

3.3.3 Gráficamente el **sistema de valor** puede exponerse así:



EL VALOR

El valor puede definirse de varias maneras, pero en términos competitivos es **la cantidad que los compradores están dispuestos a pagar por lo que una empresa les proporciona.**

¿Cómo se mide?

Se mide por el ingreso total, siendo un reflejo del alcance del producto si atendemos al precio y a las unidades que se puedan vender.

Una empresa opera con beneficios si el valor que impone excede los costos incurridos en la elaboración del producto.

Habiendo introducido el concepto de valor, podemos definir a la cadena de valor como **el conjunto interrelacionado de actividades creadoras de valor, que se extienden durante todos los procesos, que van desde la obtención de las fuentes de las materias primas para los proveedores de componentes, hasta que el producto terminado se entrega finalmente en las manos del consumidor.**

Este enfoque es externo a la empresa, considera a cada empresa en el contexto de la totalidad de actividades creadoras de valor de la cual la empresa es solo una parte. (Shank y Govindarajan)

Porter considera que esta amplia cadena de valor comprende cinco actividades primarias y otro tanto de actividades de apoyo (o secundarias).

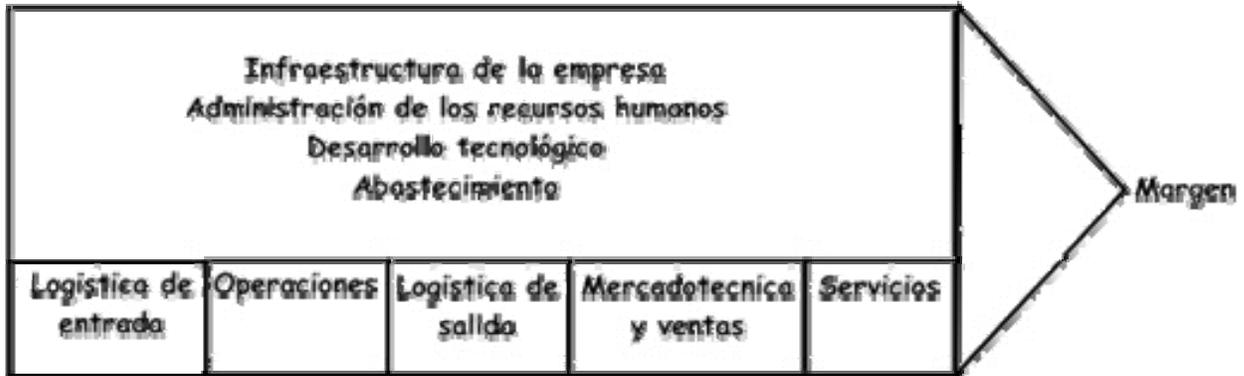
Las **actividades primarias** son definidas secuencialmente como: **logística de entrada** (manejo interno de materiales, inspección interna), **operaciones** (fabricación de componentes, ensamble), **logística de salida** (procesamiento de pedidos, embarques), **marketing y ventas** (publicidad, promoción) y **servicios** (reparaciones de servicios, sistemas de refacciones).

Las **actividades de apoyo** son las relacionadas con: la **infraestructura de la empresa**, la **administración de los recursos humanos**, la **tecnología** y el **abastecimiento**.

Porter busca asignar costos y recursos a cada parte de la cadena de valor y utiliza esta clasificación para que le ayude a reconfigurar la cadena, a decidir sobre cuáles son las áreas de la cadena en las que la empresa tiene ventajas comparativas y en cuáles es que la empresa debería abastecerse de los

proveedores, o en otras palabras, como debería estar integrada verticalmente la empresa y cuáles son sus puntos de competencia.

La cadena de valor en función de las actividades indicadas:



Según Porter, la cadena de valor exhibe el **valor total**, y está compuesta de las **actividades de valor y margen...**

Actividades de valor: son las distintas actividades físicas y tecnológicas que lleva a cabo la empresa.

Análisis del valor:

El Análisis del Valor se puede definir como la aplicación sistemática de un conjunto de técnicas que identifican funciones necesarias, establecen valores para las mismas y desarrollan alternativas para desempeñarlas, al mínimo costo posible.

Su objetivo es poner a disposición de los ejecutivos o dirigentes de la empresa, instrumentos para la utilización correcta de sus recursos.

El análisis del valor se lleva a cabo estudiando cada recurso que es necesario para la producción de bienes y servicios y utilizando un método para identificar y remover costos innecesarios que ocurran en los procesos de elaboración de productos o en la realización de un servicio.

El análisis del valor se originó durante la segunda guerra mundial gracias a la aplicación de conceptos desarrollados por Lawrence D. Miles (Ing. Del Dpto. de compras de la General Electric en ese momento).

Miles además de lograr la reducción de costos, obtuvo mejoras tanto en calidad como en el desempeño de los productos analizados.

Para lograr estos avances, Miles considera que es fundamental tener la información económica completa y la buena comunicación entre los departamentos.

Los conceptos desarrollados por Miles se originaron de la pregunta de ¿ Cómo hacer para encontrar materiales más baratos que presenten la misma función que los actualmente utilizados ?

El observó que al mismo tiempo que reducía los costos, se mantenían o mejoraban las funciones desempeñadas por los productos analizados, resultando en un mayor valor.

Dos palabras claves en el análisis del valor son:

Función: principal finalidad del producto, sistema o servicio.

Valor: lo mínimo a ser gastado para comprar o producir un producto y/ o servicio tal como lo requiere el cliente.

Niveles de actuación del Análisis del Valor

Metodología del análisis del valor:

- Describir las funciones
- Evaluar las funciones
- Desarrollar alternativas

Análisis de Cadena de Valor

Porter definió la cadena de valor como el “vínculo del conjunto de actividades que crean valor desde las fuentes de la materia prima hasta el producto final o servicio remitido al cliente.

El aporte de Shank y Govindarajan es, como con un enfoque externo de la organización, puede ayudar en la gestión de una cadena de valor a la gerencia estratégica. Sugieren que el “marco de la cadena de valor es un método para descomponer la cadena en actividades pertinentes estratégicamente con el objeto de comprender el comportamiento de los costos y las fuentes de diferenciación”.

Utilizan un enfoque en tres etapas para la metodología de la cadena de valor:

Primera etapa: La construcción de la cadena de valor de la industria, asignando costos, ingresos y activos a cada actividad generadora de valor, al efecto de:

- verificar las distintas actividades dentro de la CV.
- relacionar los costos operativos, ingresos por ventas y los activos para las actividades individuales generadores de valor.

Las actividades generadoras de valor deberán ser separadas si:

- representan un porcentaje significativo de los costos operativos
- si el comportamiento (drivers) de los costos de las actividades es diferente
- si son hechas por nuestros competidores en forma distinta

- tienen un gran potencial de creación de diferenciación.

Segunda etapa: Determinar los generadores que afectan los costos en cada actividad de valor (sinónimo de los drivers del ABC), pero en un contexto estratégico amplio. Clasificando a éstos en:

è Generadores de costos estructurales: que relacionan las decisiones estratégicas con las características económicas fundamentales. Las áreas que comprenden los generadores de costos estructurales son:

- Escala.
- Extensión (grado de la integración vertical).
- Experiencia.
- Tecnología.
- Complejidad (número de distintos productos o servicios ofrecidos)

è Generadores de costos de ejecución: que relacionan la capacidad de la organización para remitir el producto o servicio exitosamente al cliente. Es necesario considerar:

- Participación de los empleados.
- Administración de la Calidad Total.
- Utilización de la capacidad.
- Eficiencia en la disposición dentro de la planta “layout”
- Configuración del producto.
- Vinculación con proveedores y clientes.

Porter clasifica las actividades de la organización: en “básicas o de línea” (generadoras de costos de ejecución) y en las de “soporte” (generadoras de costos estructurales).

3.3 IMPLANTACION DE UN MODELO DE MEDICION EN LA SATISFACCION DEL USUARIO AMBULATORIO

3.3.1 El **Modelo Europeo de la Excelencia** dedica el Criterio 6 a la satisfacción de los clientes, siendo precisamente el que cuenta con un número mayor de puntos (200). Este criterio se subdivide en dos **subcriterios**:

- o Medidas de Percepción.
- o Medidas de Rendimiento.

El primero de ellos tiene asignado un peso del 75%. Es decir, las **medidas de percepción** son consideradas el medio principal para la evaluación externa de la calidad. Este hecho es consistente si se tiene en cuenta que la calidad es definida en términos de satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes. Por consiguiente, parece evidente que el juicio sobre los resultados **sea realizado por quienes reciben los productos y servicios** de la organización.

Para conocer la percepción que los clientes tienen de la organización habrá que basarse, principalmente en las **encuestas**, aunque también son útiles los **grupos focalizados**, felicitaciones, **quejas, sugerencias...**

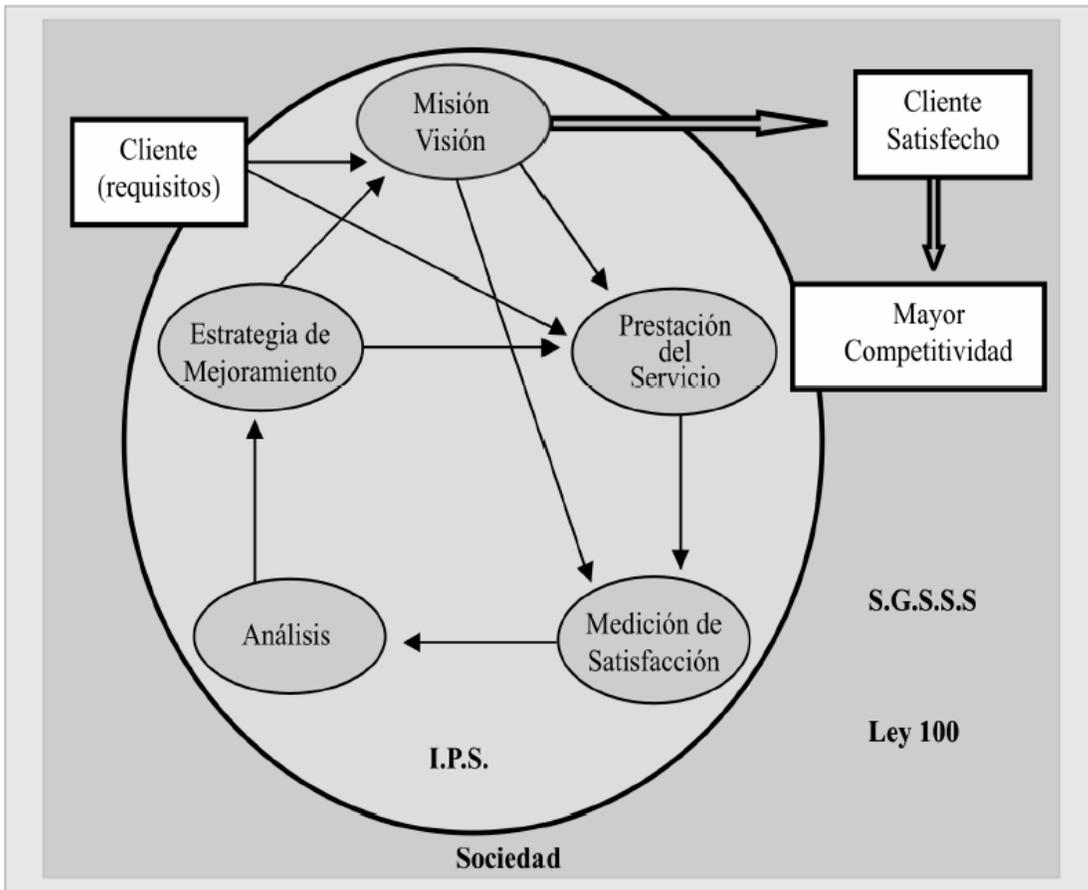
El estudio de la percepción de calidad de los clientes de una organización no ha de ser considerado como una acción particular, sin continuidad en el tiempo. En sí es un **instrumento para generar objetivos de mejora**, por lo que debe constituirse en un método de aplicación sistemático que conlleve un análisis cuyos resultados serán:

- o La evaluación de la calidad percibida por parte de los clientes.
- o La formulación de objetivos de mejora.
- o Un Plan de Calidad para alcanzar esos objetivos.

Con relación a la expresión “método de aplicación sistemático”, cabe decir que denota el que debe efectuarse periódicamente, formando parte de un proceso reiterado anualmente, y que constituirá una poderosa **herramienta** para:

- o La **mejora permanente**, a través de la definición de objetivos y planes de mejora de la calidad.
- o La demostración de los **avances de la empresa o institución** con relación a la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes.

Modelo de evaluación de la satisfacción de los usuarios de una IPS



3.3.2 Modelo para evaluar la calidad del servicio de una IPS (institución prestadora de servicio) de alta complejidad, en su componente 'satisfacción del usuario'.

Este modelo ofrece una respuesta a la necesidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de contar con un instrumento que cumpla con las especificaciones de una investigación científica y sistemática que arroje información confiable y útil, resultado de la medición de la percepción del servicio en sus usuarios. Se hace necesario para las IPS, en las condiciones actuales de competitividad, disponer de un sistema de evaluación periódico, de medición de la calidad de sus servicios y del grado de satisfacción del cliente, cuyos resultados sean base para que la institución pueda proponerse cambios para su mejoramiento integral. De la misma manera, esta metodología facilitará el cumplimiento de exigencias legales, como las expresadas en la Ley 100 de 1993, las cuales establecieron el Sistema de Seguridad Social en Colombia, que

ordena las funciones de las instituciones y los recursos dedicados al sector salud.¹⁹

3.3.3 Modelo de Donabedian

“La calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes” (Donabedian). a. 1980)

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. el modelo entonces propuesto por Alvedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (Donabedian, a. 1985)

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: **la estructura** (atributos de los sitios en que se presta la atención), **el proceso** (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y **los resultados** (los beneficios que obtiene el paciente). El método clínico, la revisión por pares y la auditoría médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente²⁰. (Ardón, N. y Jara, M. 1998)

El cual propongo por cada uno de los tres aspectos del Modelo de Donabedian indicadores en los cuales se identifiquen para ser evaluadores y proponer acciones de mejoras en los diferentes servicios de salud.

ESTRUCTURA:

1. **ACCESIBILIDAD.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹⁹ Cecilia Briceño Pineda. Colombia 2001. Un modelo para evaluar la calidad del servicio de una IPS de alta complejidad, en su componente 'satisfacción del usuario'

2. OPORTUNIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

PROCESO

3. SEGURIDAD. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

RESULTADOS

4. PERTINENCIA. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. CONTINUIDAD. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”²¹

6. PRIVACIDAD: Es la acción de tener intimidad particular de cada quien, que se realiza en estricta familiaridad, personal o particular de cada cual.

7. DIGNIDAD: Estima propia, ser merecedor de algo por simple hecho de ser persona.

8. CONFIANZA: Fe que se deposita en una persona, teniendo la certeza en las cualidades que posee, teniendo la seguridad que las cosas se realizarán como se desea.

3.3.4 ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Implantación de un proceso de evaluación en la atención de calidad en el paciente.

Instrumentos para elaborar indicadores en la satisfacción del cliente

Instrumentos de evaluación en la percepción del paciente

Elaborar una planeación estratégica y operativa en la satisfacción del cliente.

²¹ C:\Documents and Settings\VERONICA\Mis documentos\CONTROL DE CALIDAD\2o. SEMESTRE\SEM.DE LA MET. DE LA INVESTIGACION\INTERNET\GERENCIA DE SALUD_ MONITOREO DE LA CALIDAD_ INDICADORES DE CALIDAD.htm. Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención. Bogotá, 200321

CAPITULO 4. PROPUESTAS DE INDICADORES PARA MEDIR LA SATISFACCION DEL CLIENTE CON BASE EN EL MODELO DE EVALUACION DE DEMING

El ciclo de Evaluación de Deming consta de cuatro etapas (ANEXO “A”), que son:
De los modelos revisados en la presente investigación es el que mejor aporte brinda para el diseño de Mejora Continua.

4.1 PLANEACION.

4.1.1 ANALISIS SITUACIONAL

- A. Realizar el Diagnóstico Situacional en relación a la satisfacción del cliente en la atención de calidad en la salud.
- B. Establecer el objetivo en la evaluación en la satisfacción del cliente en la atención de calidad en la salud en relación al modelo propuesto.
- C. Definir los criterios, indicadores y estándares desde la estrategia, táctica y técnicas que permita evaluar resultados en la percepción del usuario en la atención de calidad en la salud.
- D. Analizar la información, la cual permita detectar donde se encuentra el problema desde la dirección hasta la ejecución de los procesos en la Enfermería Militar de Santa Lucía a través de **Diagnosticar Causas**.

Clasificación de las herramientas de calidad en la Evaluación de la Satisfacción del Usuario			
Recabar información	Clasificar información	Diagnosticar causas	Generar soluciones
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tormenta de Ideas, ➤ Hojas de verificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estratificación, ➤ Diagrama de afinidad, ➤ Histograma, ➤ Diagrama de Pareto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis de la Percepción de la calidad ➤ Siete herramientas básicas que son: Gráfica de Pareto, el Diagrama de Causa-Efecto, Estratificación, Hoja de Verificación, Histograma, Diagrama de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rediseño de procesos, ➤ Análisis del proceso del cliente, ➤ Diseño de procedimientos

		<p>Dispersión, y Gráfica de Control de Schewhart.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis por la Gráfica de sistema de valor. ➤ Diagnostico de procesos 	
--	--	--	--

4.1.2. Aplicación del Modelo de Medición en la Satisfacción del Usuario

A. El **Modelo Europeo de la Excelencia** dedica el Criterio 6 a la satisfacción de los clientes, siendo precisamente el que cuenta con un número mayor de puntos (200). Este criterio se subdivide en dos **subcriterios**:

- o Medidas de Percepción.
- o Medidas de Rendimiento.

B. Modelo para evaluar la calidad del servicio de una IPS(Institución Prestadora de Servicio) de alta complejidad, en su componente 'satisfacción del usuario'

C. Modelo de Alvedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados.

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque hacia el conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: **la estructura** (atributos de los sitios en que se presta la atención), **el proceso** (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y **los resultados** (los beneficios que obtiene el paciente). El método clínico, la revisión por pares y la auditoria médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación sobre la atención que se brinda al paciente²². (Ardón, N. y Jara, M. 1998)

El cual propongo por cada uno de los tres aspectos del Modelo de Donabedian indicadores en los cuales se identifiquen para ser evaluadores y proponer acciones de mejoras en los diferentes servicios de salud.

ESTRUCTURA:	PROCESO:	RESULTADOS :
<p>Accesibilidad</p> <p>Oportunidad</p> <p>Credibilidad</p> <p>Seguridad</p> <p>Tangibilidad:</p>	<p>Accesibilidad:</p> <p>Seguridad</p> <p>Confiabilidad</p> <p>Capacidad de respuesta:</p> <p>Profesionalismo</p> <p>Competencia:</p> <p>Cortesía</p> <p>Comunicación</p> <p>Credibilidad</p> <p>Seguridad</p> <p>Comprensión</p> <p>Tangibilidad</p>	<p>Pertinencia.</p> <p>Continuidad</p> <p>Privacidad</p> <p>Dignidad</p> <p>Confianza</p> <p>Tangibilidad</p>

Este apartado se desarrolló en el Capítulo 3 que es el Análisis Situacional de la Base de Santa Lucía.

4.2 DESARROLLO DE PROGRAMA DE EVALUACION EN LA SATISFACCION DEL USUARIO

PROGRAMA DE EVALUACION EN LA SATISFACCION AL USUARIO (PACIENTE)

CAP.2/º LIC. EN ENFRIA. ESP. T.F. VERONICA INFANSON BAEZ

PERCEPCION DE CALIDAD

- CALIDAD ES SATISFACER LAS **NECESIDADES Y LAS EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES**, POR ELLO LOS ESTUDIOS DE **PERCEPCION DE CALIDAD** CONSTITUYEN UN ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA COMPRENDER EL NIVEL DE CALIDAD EN QUE SE ENCUENTRA UNA ORGANIZACION. A PARTIR DE ELLOS PUEDE CONOCERSE EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS CLIENTES CON AQUELLA.

PERCEPCION DEL USUARIO.

- LA CALIDAD COMO LA PERCIBEN LOS PROPIOS USUARIOS: TOMA EN CUENTA LAS **CONDICIONES MATERIALES, PSICOLOGICAS ADMINISTRATIVAS Y ETICAS** EN QUE LAS ACCIONES EN PRO DE LA SALUD SE DESARROLLAN, ES DECIR, ABARCA TODOS LOS ASPECTOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN, DESDE LA MERA PERCEPCION DEL TRATO RECIBIDO A LA PROVISION DE INFORMACION, CAPACIDAD DE ELECCION, GESTION ADMINISTRATIVA, HOSPEDAJE, CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ENTRE NIVELES DE ATENCION, ETC.
- LO QUE ES AUN MAS IMPORTANTE ES QUE EL PACIENTE, O EL PROVEEDOR, BASAN SU JUICIO, EN GRAN PARTE, EN LOS ASPECTOS DEL SERVICIO: LO QUE PERCIBEN DEL SERVICIO SERA LO QUE LLAMEN "CALIDAD DE LA ATENCION". LA NATURALEZA INTERACTIVA DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y SU PRODUCCION Y CONSUMO SIMULTANEO, PONEN DE MANIFIESTO LA NECESIDAD DE ANALIZAR LAS PERCEPCIONES DE TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS EN EL SERVICIO.

PASOS PARA EVALUAR LA SATISFACCION DEL CLIENTE. (ANÁLISIS SITUACIONAL)

- DIAGNOSTICO SITUACIONAL
- OBJETIVOS
- RESULTADOS
- ANALISIS DE LOS RESULTADOS
- HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD EN LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO
- APLICAR O ELABORAR INDICADORES
- IMPLEMENTAR MODELO O MODELOS DE EVALUACION.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL EN LA EVALUACION DEL USUARIO EN LA ENFRIA. MILITAR DE SANTA LUCIA

- LOS INDICADORES DE SATISFACCION DEL USUARIO, ESTAN DEFINIDOS POR DIRECTIVAS DE DN-11 Y NO POR LA ENFERMERIA.
- EXISTEN DOS FORMAS DE EVALUAR LA SATISFACCION DEL USUARIO:
 - I. ATENCION DE QUEJAS POR BUZON
 - II. APLICACION DE ENCUESTAS AL USUARIO CON LOS SIGUIENTES INDICADORES:

Programa operativo para la transparencia y combate a la corrupción

1. INDICADOR

a. Nivel de Percepción de Transparencia de los Usuarios en la Consulta Externa de los Hospitales y Enfermerías Militares.

Con el fin de estar en condiciones de dar seguimiento a los indicadores del programa de transparencia y combate a la corrupción propuestos por esta dirección a la Inspección y Contraloría General por este Instituto Armado ante la Secretaría de la Función Pública.

EN LA CEDULA DE LA CONSULTA EXTERNA SE INCLUIRÁN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

- ¿ALGÚN SERVIDOR PÚBLICO DEL HOSPITAL/ENFERMERÍA LE SOLICITÓ DINERO, REGALOS O ALGÚN SERVICIO? SI NO
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE A QUE ÁREA PERTENECE EL SERVIDOR PÚBLICA.
- 1. ESTACIONAMIENTO
- 2. VIGILANCIA
- 3. INFORMACION
- 4. TRABAJO SOCIAL
- 5. CITAS
- 6. ENFERMERIA
- 7. MEDICA
- 8. RAYOS X
- 9. LABORATORIO
- 10. OTRAS,ESPECIFIQUE

EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS HOSPITALES Y ENFERMERIAS MILITARES

2. INDICADORES:

1. ATENCION
2. INFORMACION
3. TIEMPO DE ESPERA
4. MEDICAMENTOS PROPORCIONADOS

FIN:

1. EVALUAR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE 2/o Y 3/er. NIVEL DE ATENCIÓN.
2. PROPONER ALTERNATIVAS QUE PERMITAN MEJORAR LA ATENCIÓN MEDICA
3. MEJORAR LA SALUD DEL PERSONAL MILITAR EN EL ACTIVO Y RETIRADO, DH, ASI COMO PENSIONADOS.

OBJETIVOS:

1. EVALUAR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE LA ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA
2. PROPONER ALTERNATIVAS QUE PERMITAN MEJORAR LA ATENCIÓN DE SALUD
3. MEJORAR LA SALUD DEL PERSONAL MILITAR EN EL ACTIVO Y RETIRADO, DH, ASI COMO PENSIONADOS.

RESULTADOS

- POR LO TANTO LA ENFERMERÍA DA CUMPLIMIENTO DE ESTA DIRECTIVA LLEVANDO UN SISTEMA DE EVALUACIÓN EXTERNO POR MEDIO DE ENCUESTAS Y DE ATENCIÓN A QUEJAS.
- SE REQUIERE DE PROPUESTAS DE ACCIONES MEJORA PARA LA ATENCION DE SALUD.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

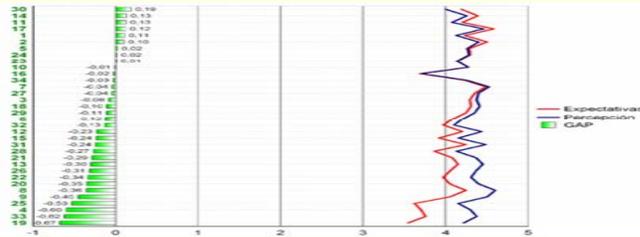
- Se recabo por 4 años el cual no se realizo el análisis.

HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD EN LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO (FACTORES DEL SERVICIO)



HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD EN LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

(PUNTUACIONES EN EXPECTATIVAS Y PERCEPCIÓN)



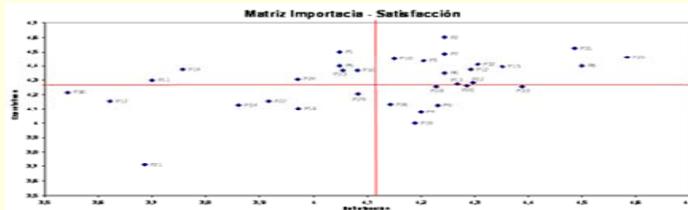
HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD EN LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

(Índice de Percepción de Calidad)

- VALOR QUE RESUME EL ESTADO GENERAL DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CLIENTES Y QUE PUEDE SER UTILIZADO PARA ESTIMAR LA TENDENCIA DE LA SATISFACCIÓN EN EL TIEMPO.

HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD EN LA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

(CONSTRUCCIÓN DE LA MATRIZ I-S (IMPORTANCIA-SATISFACCIÓN) SE LOGRA POSICIONAR LOS RESULTADOS DE LA EMPRESA O INSTITUCION, EN CUANTO A CALIDAD PERCIBIDA POR SUS CLIENTES, DETECTANDO FORTALEZAS Y DEBILIDADES)

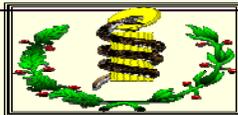


ELABORACION DE INDICADORES EN LA EVALUACION DE SATISFACCION DEL USUARIO

OBJETIVOS:

- IDENTIFICAR Y ESTABLECER INDICADORES.
- MEDIR Y ANALIZAR INDICADORES ESTRATÉGICOS PARA CONTRIBUIR CON MEDIDAS CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.
- ESTABLECER UN PROGRAMA DE MEJORA CONTINÚA EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

¿ QUIEN LOS ELABORA ?



EL QUE LOS NECESITE

CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES

A. POR EL NIVEL ORGANIZACIONAL EN QUE SON IMPLEMENTADOS.

- **ESTRATÉGICOS.**
 - De Gestión.
 - De Procesos.
 - De Proyectos.
 - De Desempeño.

CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES

C. POR LA NATURALEZA DE SU EXISTENCIA.

- Permanentes.
- De Oportunidad.

D. POR LA NATURALEZA DE LOS RESULTADOS.

- Cuantitativos.
- Cualitativos.

LA METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS PARTE DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS – CADA PREGUNTA REPRESENTA UN PASO DE LA METODOLOGÍA

Planeación Estratégica y concertación de la Enfría

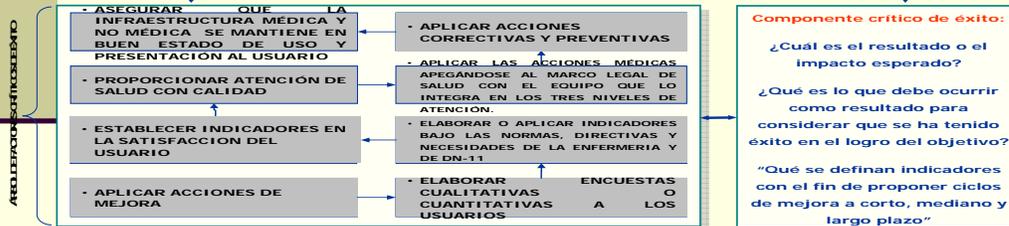
- ¿A quién se quiere medir?
- ¿Qué es lo que se quiere medir?
- ¿Cómo se va a medir?
- ¿Contra qué referencias se va a comparar?(se va escribir en la propuesta)



ILUSTRATIVO

Objetivo Estratégico: Proporcionar Satisfacción al usuario en relación a la atención de salud con calidad durante su estancia en la Enfermería de Santa Lucía (TECNICA: FACTORES CRITICOS DE ÉXITO)

POBLACION OBJETIVO: PACIENTES



LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL ÁRBOL DE FACTORES Y LOS COMPONENTES CRÍTICOS DE ÉXITO NOS PERMITEN CONSTRUIR LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS.

Combinando adecuadamente el árbol de factores y los componentes críticos de éxito, los recursos y conociendo de antemano la población objetivo, podremos construir algunos indicadores estratégicos





Satisfacción del Usuario en la Calidad de Atención en la Salud

<p>Objetivo estratégico: Reducir el número de personas que perciben insatisfacción en la atención de la salud en la Enfermería</p>
<p>Componente crítico de impacto: Haber reducido la incidencia de quejas internas y externas de los usuarios que reciben Atención de Salud</p>
<p>Factor crítico de éxito: Otorgar cobertura al programa de Evaluación en la Satisfacción del Usuario en la atención de salud con calidad</p>

- **INDICADOR** % DE PERSONAS INSATISFECHAS POR LA ATENCIÓN DE SALUD (PROGRAMAS DE EVALUACIÓN EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE)
- **META** 100 % DE SATISFACCIÓN AL USUARIO EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL 2006
- **FÓRMULA** $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ DE USUARIO INSATISFECHOS}}{\text{N}^{\circ} \text{ DE USARIOS QUE ASISTEN A LA ENFERMERÍA}} \times 100$

- **INDICADOR** % DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMAS DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO
- **META** EN EL 100% DE LOS SERVICIOS
- **FÓRMULA** $\frac{\text{N}^\circ \text{ DE SERVICIOS CON SEGUIMIENTO}}{\text{N}^\circ \text{ DE SERVICIOS}} \times 100$

IMPLEMENTACION DE MODELOS DE EVALUACION

I. INTERNACIONAL MODELOS:

- **MODELO EUROPEO DE LA EXCELENCIA** DEDICA EL CRITERIO 6 A LA SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES, SIENDO PRECISAMENTE EL QUE CUENTA CON UN NÚMERO MAYOR DE PUNTOS (200). ESTE CRITERIO SE SUBDIVIDE EN DOS **SUBCRITERIOS**:
 - MEDIDAS DE PERCEPCIÓN.
 - MEDIDAS DE RENDIMIENTO.
- **MODELO DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) DE ALTA COMPLEJIDAD**



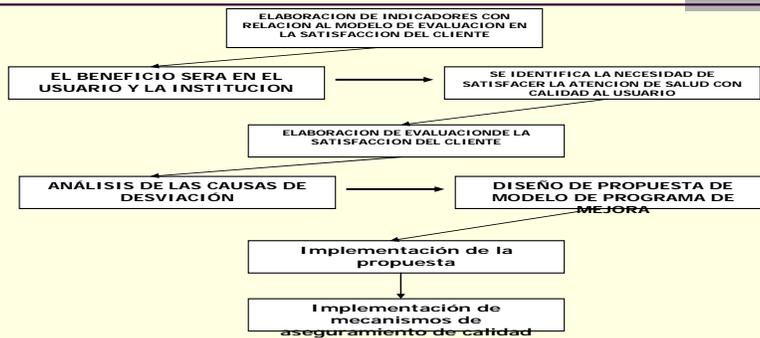
II. NACIONAL

- Calidad en la Atención de los Servicios de Salud.
- Modelo INTRAGOB

PROPUESTAS:

- ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS:
 - 1. ELABORACION DE INDICADORES
 - 2. ATENCION DE QUEJAS
 - 3. APLICACION DE ENCUESTAS
 - 4. PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

UN PROYECTO DE MEJORA CONTINUA ESTA FORMADO POR LAS SIGUIENTES ETAPAS





Análisis Estadístico

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA: DESCRIBE, ANALIZA Y REPRESENTA UN GRUPO DE DATOS UTILIZANDO MÉTODOS NUMÉRICOS Y GRÁFICOS QUE RESUMEN Y PRESENTAN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ELLOS.

ESTADÍSTICA DIFERENCIAL: APOYÁNDOSE EN EL CÁLCULO DE PROBABILIDADES Y A PARTIR DE DATOS MUESTRALES, EFECTÚA ESTIMACIONES, DECISIONES, PREDICCIONES U OTRAS GENERALIZACIONES SOBRE UN CONJUNTO MAYOR DE DATOS.

TIPOS DE GRAFICOS

- GRAFICA DE BARRAS
- HISTOGRAMAS
- CIRCULARES
- PICTOGRAMAS
- POLIGONAL
- INTERPOLACION GRAFICA O DE DISPERSION

En la siguiente tabla se muestra la relación entre cada fase del modelo y la herramienta a utilizar.

<p>1. Identificación de lo que se desea mejorar</p>	<p>Para seleccionar un proyecto de mejora continua pueden ser de utilidad los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La importancia de lo que se desea mejorar. ➤ El número de gente beneficiada. ➤ El grado de insatisfacción actual con los resultados, por parte de los beneficiarios. ➤ El impacto social y económico de la mejora. <p>Se pueden utilizar las siguientes herramientas: Tormenta de ideas Hojas de verificación Entrevistas</p>
<p>2. Identificación de los beneficiarios</p>	<p>Se aplican los conceptos básicos sobre clientes: solicitante, usuario, beneficiario.</p>
<p>3. Identificación de las necesidades de los clientes o beneficiarios</p>	<p>Entrevistas Grupos de enfoque Encuestas Buzones de sugerencias</p>
<p>4. Evaluación del cumplimiento de dichas necesidades</p>	<p>Hoja de verificación</p>
<p>5. Análisis de las causas de desviación</p>	<p>Diagrama causa efecto Tormenta de ideas Diagrama de Pareto Histograma Estratificación Análisis del proceso del cliente Hoja de verificación Diagnóstico del proceso</p>
<p>6. Diseño de una propuesta de mejora de calidad</p>	<p>Rediseño de procesos Tormenta de ideas Planeación del proyecto Análisis de problemas en potencia</p>
<p>7. Implementación de la propuesta de mejora</p>	<p>Rediseño de procesos Análisis de problemas en potencia Planeación del proyecto</p>
<p>8. Implementación de mecanismos de aseguramiento de calidad de los resultados</p>	<p>Estandarización de los procesos Controles sensoriales Mecanismos permanentes de medición de la satisfacción del cliente</p>

4.2.2 ELABORACION DE PROCEDIMIENTO (ANEXA "B")

4.3 ANÁLISIS DE INDICADORES

4.4 PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA (ANEXO "A")

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es necesario determinar el grado de satisfacción de los clientes y ciudadanos, así como de los servidores públicos con el firme propósito de mejorar continuamente los procesos y sus resultados, identificando los puntos de control y los factores críticos de éxito que permitan cumplir cabalmente sus expectativas y requisitos.

Para tal efecto deben considerarse, al menos, la tendencia de los siguientes tipos de indicadores:

- INDICADORES DE DESEMPEÑO, que muestren el comportamiento de los procesos.
- INDICADORES DE EFECTIVIDAD, que midan el funcionamiento de los sistemas de acuerdo con su diseño y los resultados esperados.
- INDICADORES DE EFICIENCIA, que midan el aprovechamiento de los recursos utilizados para alcanzar los objetivos de los sistemas, así como los ahorros logrados.

Para medir la dimensión del resultado, se selecciona un indicador principal y dos complementarios:

1. Percepción general de la calidad de la atención.
2. Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta.
3. Motivo(s) por el/los cual(es) el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar.

BIBLIOGRAFIA

LEYES Y REGLAMENTOS.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL.
LEY DE PLANEACIÓN.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2001-2006. PODER EJECUTIVO FEDERAL. AGENDA PRESIDENCIAL DE BUEN GOBIERNO.
LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD
LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS. ACUERDO DE CREACIÓN DE LA COMISIÓN INTERSECRETARIAL PARA LA TRANSPARENCIA Y EL COMBATE A LA CORRUPCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL. LEY DEL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA.

NORMAS Y MODELOS DE CALIDAD.

NORMA ISO 9001:2000, COPANT /ISO 9001-2000, NMX-CC-9001-IMNC-2000. ED. INSTITUTO MEXICANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN,

MODELO NACIONAL PARA LA CALIDAD TOTAL. EDITORIAL PREMIO NACIONAL DE CALIDAD.

MODELO DE CALIDAD INTRAGOB. OFICINA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD GUBERNAMENTAL, REV. 2005.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

LA NORMA ISO 9001 DEL 2000, RESUMEN PARA DIRECTIVOS, ED. GESTIÓN 2000, BARCELONA 2001, 1RA EDICIÓN. ACUERDO DE CREACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE BUEN GOBIERNO.

ALVEAR SEVILLA CELINA, PANTOJA MERCADO ENRIQUE, TENA TAMAYO CARLOS. "CASO CONAMED, CALIDAD: SU IMPACTO EN EL CLIMA LABORAL" (PRIMERA Y SEGUNDA PARTE), REVISTA CONTACTO, DICIEMBRE 2003, ENERO 2004. MÉXICO.

CAINFRANI CHARLES A., WEST JOHN E., "GUÍA PRÁCTICA DE ISO 9001:2000 PARA SERVICIOS", ED. PANORAMA. AÑO 2004, MÉXICO.

ESPONDA ALFREDO. COORDINADOR " HACIA UNA CALIDAD MÁS ROBUSTA CON ISO 9000:2000. ED. PANORAMA-CENCADE, 2001. MÉXICO.

KOEHLER JERRY, PANKOWSKY JOSEPH, "CALIDAD E INNOVACIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO, HERRAMIENTAS Y MÉTODOS", ED. PANORAMA, 2004, MÉXICO.

NOVELLO ROSADO SERGIO A. "EL MITO DE LA ISO 9001:2000" ED. PANORAMA. 2002, MÉXICO.

LAMPRECHT JAMES L. "GUÍA INTERPRETATIVA DE ISO 9001-2000".ED. PANORAMA 2001. MÉXICO.

ROTHERY BRIAN, "ISO 9000", ED. PANORAMA, 1997, MÉXICO, D. F.

TABLA GUILLERMO, "GUÍA PARA IMPLANTAR LA NORMA ISO 9000", ED. MC GRAW HILL, 1998, MÉXICO.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LA COOPERACIÓN DE LA OPS ANTE LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD. WASHINGTON, D.C.:OPS; 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. PROGRAMA DE GARANTÍA Y MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. WASHINGTON, D.C.: OPS; 1999.

MILTON T. LEAN AND MEAN: THE QUALITY OF CARE IN THE ERA OF MANAGED CARE. J PUBLIC HEALTH POLICY 1998;19(1):5-13.

KNIGHT W. MANAGED CARE. ASPEN, COLORADO: AN ASPEN PUBLICATION; 1998.

DONABEDIAN A. EXPLORATIONS IN QUALITY ASSESSMENT AND MONITORING. ANN ARBOR, MICHIGAN: HEALTH ADMINISTRATION PRESS; 1985.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. MEMORIAS DEL FORO REGIONAL SOBRE LA ACREDITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y CONCESIÓN DE LICENCIAS DENTRO DEL MARCO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD Y PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO EN LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE, CELEBRADO EN BOGOTÁ, COLOMBIA DEL 19 AL 21 DE MAYO DE 1999. WASHINGTON. D.C.: OPS; 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y PROGRAMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA AGENCIA ESTADOUNIDENSE PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL. PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL FORO REGIONAL DE CALIDAD, BOGOTÁ, COLOMBIA, 19-21 DE MAYO DE 1999. WASHINGTON, D.C.: OPS; 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, CENTRO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD. LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS: INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN

DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA. WASHINGTON, D.C.: OPS,CDC, CLAIS; 2000. (DOCUMENTO TÉCNICO HSP/HSO).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, AGENCIA ESTADOUNIDENSE PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL, PARTNERSHIP FOR HEALTH REFORM, FAMILY PLANNING MANAGEMENT DEVELOPMENT, THE DATA FOR DECISION MAKING PROJECT. INICIATIVA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD. HTTP://WWW. AMERICAS.HEALTH-SECTOR-REFORM-ORG

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA EN LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD. WASHINGTON. D.C.: OPS; 1988.

AGENCIA ESTADOUNIDENSE PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL, PROGRAMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO: SERIE DE PERFECCIONAMIENTO DE LA METODOLOGÍA DE GARANTÍA DE CALIDAD. NUEVA YORK: USAID; 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. INFORME SOBRE LA REUNIÓN REGIONAL SOBRE PROGRAMAS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MARCO DE LAS REFORMAS SECTORIALES, RELATORÍA GENERAL, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 17 A 19 DE NOVIEMBRE DE 1997. (DOCUMENTO MIMEOGRAFIADO PENDIENTE DE PUBLICACIÓN POR LA DIVISIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD, OPS).

PAGINAS DE INTERNET:

C:\DOCUMENTS AND SETTINGS\VERONICA\MIS DOCUMENTOS\CONTROL DE CALIDAD\20. SEMESTRE\SEM.DE LA MET. DE LA INVESTIGACION\CALIDAD\VOL_40 NO_1--PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LOS .HTMPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO: PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS TERESITA DE J. RAMÍREZ-SÁNCHEZ, LIC. EN ENF., M.S.P., M. EN C.,⁽¹⁾ PATRICIA NÁJERA-AGUILAR, LIC. EN GEOGR., M. EN GEOGR.,⁽²⁾ GUSTAVO NIGENDA-LÓPEZ, BIÓL., M. EN ANTROP., PH.D.⁽¹⁾ SALUD PUBLICA MEX 1998;40:3-12

C:\DOCUMENTS AND SETTINGS\VERONICA\MIS OCUMENTOS\CONTROL DE CALIDAD\20. SEMESTRE\SEM.DE LA MET. DE LA INVESTIGACION\CALIDAD\RESPYN EDICIÓN ESPECIAL NO_5 - 2002TIEMPO DE ESPERA.HTM INFLUENCIA DEL TIEMPO DE EŚPERA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS SANTOS--RESÉNDIZ HOMERO, FLORES-HERNÁNDEZ ARACELI UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 73. IMSS DELEGACIÓN COAHUILAREVISTA DE LA

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
AVE. DR. EDUARDO AGUIRRE PEQUEÑO Y YURIRIA ,
COL MITRAS CENTRO, MONTERREY, N.L. MÉXICO 64460
TELS. (8)348-4354, 348-6080, 348-6447

C:\DOCUMENTS AND SETTINGS\VERONICA\MIS DOCUMENTOS\CONTROL
DE CALIDAD\20. SEMESTRE\SEM.DE LA MET. DE LA
INVESTIGACION\CALIDAD\ETICA Y BIOETICA -
MONOGRAFIAS_COM.HTMÉTICA Y BIOÉTICA: CUESTIÓN
EPISTEMIOLÓGICA APLICADA A LA SALUD AUTOR: PROF. LILIANA DUARTE.
45 AÑOS. FUTURA LICENCIADA EN LETRAS DE LA U.N. DE RÍO CUARTO,
CBA. PROF. DE INGLÉS. "RESEARCH" (INVESTIGACIÓN) BIOMÉDICA
CIENTÍFICO CULTURAL DE LA BIBLIOTECA CIENTÍFICA DEL CÍRCULO
MÉDICO DE MATANZA, B.A. TE/FAX: 0-11-4-464-2900/04 E-MAIL:
BIBLIOTECA@CIRMEDMATANZA.COM.AR

C:\DOCUMENTS AND SETTINGS\VERONICA\MIS DOCUMENTOS\CONTROL
DE CALIDAD\20. SEMESTRE\SEM.DE LA MET. DE LA
INVESTIGACION\INFORMACIONÁREA PROGRAMÁTICA CALIDAD DE
ATENCIÓN - IPPF-RHO.HTM. FEDERACION INTERNACIONAL DE
PLANIFICACION FAMILIAR. SALUD PÚBLICA MÉX V.39 N.5, SET./OCT. 1997
AUTORES: MARIO BRONFMAN, SOC. DR. S.P., ROBERTO CASTRO, SOC.,
M.A., PH. D. ELENA ZÚÑIGA, ANTROP., CARLOS MIRANDA, ANTROP., JORGE
OVIDO,M.C., M.A

HTTP://WWW.IPPFWHR.ORG/PROGRAMS/PROGRAM_QOC_S.ASP DR.
RAFAEL H. PAGÁN SANTINI DIRECTOR CENTRO UNIVERSITARIO DE
INVESTIGACIÓN SOBRE SIDA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
PUEBLA HTTP://WWW.CUISS.BUAP.MX/ARTICULOS.HTM .CALIDAD DE VIDA
2000/166 - VIERNES 22 DE DICIEMBRE DE 2000. I. DISPOSICIONES
GENERALES CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA

HTTP://WWW.GOBCAN.ES/BOC/2000/166/001.HTML. 1771 DECRETO
220/2000, DE 4 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE REGULAN LAS CARTAS DE
SERVICIOS, LOS SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y LOS
PREMIOS ANUALES A LA CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO Y MEJORES
PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE CANARIAS. CAPÍTULO III EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

.HTTP://WWW.SALUD
SONORA.GOB.MX/ESTADISTICAS/FILES/ANUARIOESTADISTICO2003.PDF
DR © 2003, SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA ISBN: REGISTRO EN TRÁMITE
BLVD. PASEO RÍO SONORA Y COMONFORT CENTRO DE GOBIERNO
ESTATAL 1ER. NIVEL NTE, CP.83280 DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN
Y DESARROLLO AVE. LUIS DONALDO COLOSIO M. Y CALZADA LOS
ANGELES ZONA DE EDIFICIOS FEDERALES CP. 83240
ANUARIO ESTADÍSTICO, 2003 PUBLICACIÓN ANUAL NUM. 12, 2003

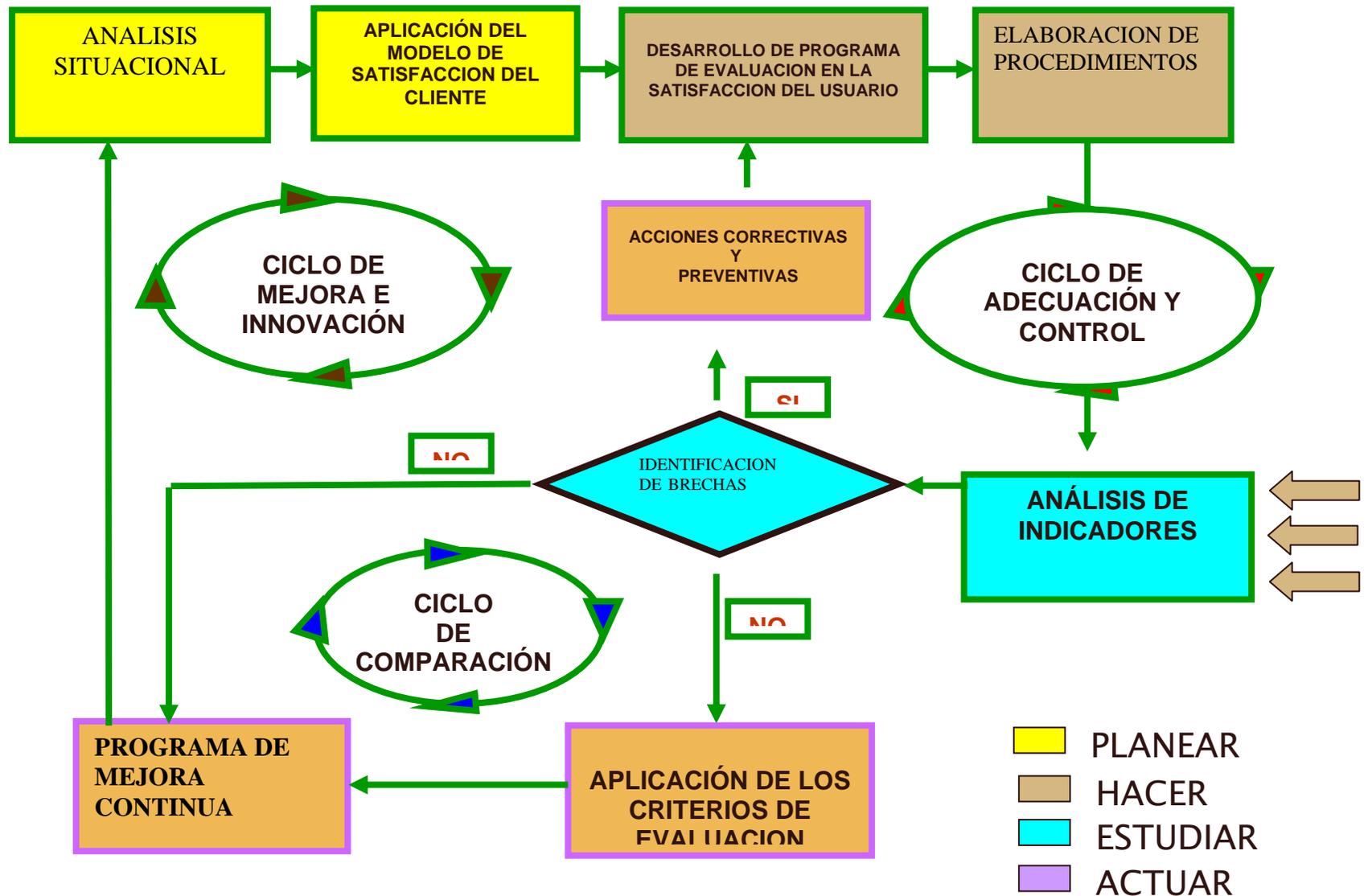
IMPRESO EN MÉXICO 7 DE MARZO DE 2006

[HTTP://WWW.SALUD-SONORA.GOB.MX/ESTADISTICAS/SNIS/](http://www.salud-sonora.gob.mx/estadisticas/snis/) SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD 2001 – 2006 SALUD PUBLICA DE MEXICO. ENERO-FEBRERO DE 1994, VOLUMEN 36, NO. 1. ARTICULO ORIGINAL TITULO: LA SATISFACCION LABORAL Y SU PAPEL EN LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

*STEVEN J. SPEAR. MEJORAR LA ATENCION DE SALUD. HARVARD BUSINESS REVIEW.

C:\DOCUMENTS AND SETTINGS\VERONICA\MISDOCUMENTOS\CONTROL DE CALIDAD\20. SEMESTRE\SEM.DE LA MET. DE LA INVESTIGACION\CALIDAD\ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LAS R.HTMA\ACUERDO POR EL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD DA A CONOCER LAS REGLAS DE OPERACIÓN ESPECÍFICAS E INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, A LOS CATORCE DÍAS DEL MES DE MARZO DE DOS MIL DOS.- EL SECRETARIO DE SALUD, JULIO JOSÉ FRENK MORA.- RÚBRICA.

ANEXO "A"
MODELO DE SATISFACCION DEL CLIENTE EN LA PERCEPCION EN LA ATENCION DE CALIDAD EN LA PERCEPCION DEL PACIENTE



	<p align="center">SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA, EDO.MEX.</p> <p align="center">DOCUMENTO:</p> <p align="center">PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA.</p>	<p>Página 1 de 6</p> <p>CLAVE: MR-01</p> <p>REVISIÓN: 00</p> <p>FECHA DE ELABORACIÓN</p> <p>6- SEP – 2006</p>
---	--	---

HOJA DE FORMALIZACIÓN			
CLAVE DEL ÁREA: MR-01			
DIA	MES	AÑO	
06	SEP	2006	
ÁMBITO DE APLICACIÓN: ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA, EDO. MEX.			
REVISADO POR: <hr/> CORONEL M.C. JUAN FCO. HERNÁNDEZ FRANCO. SUBDIRECTOR APROBADO POR: <hr/> GRAL BGDA.M.C. VÍCTOR MANUEL RICO JAIME DIRECTOR ENFRIA.		SELLO DE CONTROL DEL DOCUMENTO	
VIGENCIA: 03 DE SEPTIEMBRE DE 2006 AL 05 DE SEPTIEMBRE DE 2007.			
OBSERVACIONES:			
CRÉDITOS: TTE. COR. C.D. MOISÉS MONCIVALS MUÑOZ		JEFE DEL COMITÉ DE CALIDAD	



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 2 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP – 2006

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:
APLICACIÓN DE ENCUESTAS**

DESCRIPCIÓN GENERAL:

ES LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A RECIBIR ATENCIÓN MEDICA EN LA ENFERMERÍA.

MARCO LEGAL:

LEYES Y REGLAMENTO:

- A. BASE LEGAL: OFICIO NO. 41-380 DEL 29 DE JUNIO DE 1993 GIRADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.
- B. NOM-173-SSA1-1998, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD. D.O.F. 19-XI-1999.
- C. NOM-168-SSA1-19998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. D.O.F. 30-IX-1999.
- D. MX-CC-018:1996 IMNC "DIRECTRICES PARA DESARROLLAR MANUALES DE CALIDAD"
- E. NORMA NMX-ISO9001-2000.
- F. ISO-9001 2000 (PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD).
- G. NORMA NMX-ISO:2000 (PARA SERVICIOS).
- H. NORMAS EMITIDAS POR LA SECRETARIA DE SALUD VIGENTES. (RESPECTIVAS AL PROCEDIMIENTO).
- I. LEY GENERAL DE SALUD.
- J. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS. (DEPTO. DE CALIDAD).
- K. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DE MANUALES ADMINISTRATIVOS. (DEPTO. DE CALIDAD).



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 2 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP - 2006

- L. LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULOS 51 Y 89.
REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
MÉDICA. ARTÍCULOS 21 Y 48.
- M. LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULOS 51 Y 83.
REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
MÉDICA. ARTÍCULOS 25 Y 48.
- N. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
MÉDICA. ARTÍCULOS 29 Y 30. NOM-168SSA1-1998, DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO. NUMERAL 5.5.
- O. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
MÉDICA. ARTÍCULO 80.
NOM-168SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
NUMERALES 4.2 Y 10.1.1
ANTEPROYECTO DEL CÓDIGO-GUÍA BIOÉTICA DE
CONDUCTA PROFESIONAL DE LA SSA, ARTÍCULO 4,
FRACCIÓN 4.3
"DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA
MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE" DEL 9
DE ENERO DE 1995, APARTADO C DEL PUNTO NÚMERO 10.
- P. LEY GENERAL DE SALUD. ARTÍCULOS 100 FRACC. IV 320 Y
321.
REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.
ARTÍCULOS 80 Y 81.
NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
NUMERALES 4.2 Y 10.1.1



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

- Q. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTÍCULOS 29 Y 30. NOM-168-SSA-1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. NUMERALES 4.9. Y 5.5
- R. LEY GENERAL DE SALUD. ARTÍCULO 55. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTÍCULOS 71 Y 73.
- S. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTÍCULO 32. NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
- T. LEY GENERAL DE SALUD. ARTÍCULO 54. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTÍCULOS 19, 51 Y 52. DECRETO DE CREACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. ARTÍCULOS 2, 3, 4 Y 13.



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

PROCEDIMIENTO

ESTE PROCEDIMIENTO SE REALIZARÁ TRES VECES AL AÑO, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS QUE INTEGRAN ESTE NOSOCOMIO, A FIN DE DETERMINAR LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO MÉDICO RECIBIDO.

A. ELABORAR INDICADORES EN LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN DE CALIDAD EN LA SALUD DE LA ENFERMERÍA MILITAR DE SANTA LUCIA.

INDICADOR	META	FÓRMULA
1. % DE PERSONAS INSATISFECHAS POR LA ATENCIÓN DE SALUD (PROGRAMAS DE EVALUACIÓN EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE)	100 % DE SATISFACCIÓN AL USUARIO EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL 2006	Nº DE USUARIO INSATISFECHO S/ Nº DE USUARIOS QUE ASISTEN A LA ENFERMERÍA X 100
2. % DE SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMAS DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	EN EL 100% DE LOS SERVICIOS	Nº DE SERVICIOS CON SEGUIMIENTO/ Nº DE SERVICIOS X 100



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

B. PREPARACIÓN DE LAS ENCUESTAS. (ANEXO "A")

a. EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD REVISARÁ:

1. LA ELABORACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS.
2. LA MUESTRA PARA LA REALIZACIÓN DEL TIRAJE.
3. QUE LAS ENCUESTAS ESTÉN DEBIDAMENTE FOLIADAS.
4. LA REPARTICIÓN DE LAS ENCUESTAS A LAS DIFERENTES ÁREA Y/O SERVICIOS.

C. APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS.

a. JEFES DE ÁREA Y/O SERVICIO:

1. SERÁN LOS RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS A SU CARGO.
2. ENVIARÁN AL DEPARTAMENTO DE CALIDAD LAS ENCUESTAS DEBIDAMENTE REQUISITADAS.

D. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

a. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD SUPERVIZARÁ:

1. QUE LOS SERVICIOS HAYAN ENVIADO EN FORMA COMPLETA LAS ENCUESTAS.
2. EL ENVÍO DE LAS ENCUESTAS AL ÁREA DE INFORMÁTICA PARA SU CAPTURA.

E. CAPTURA.

a. JEFE DEL ÁREA DE INFORMÁTICA VERIFICARÁ:

1. LA CAPTURA DE LAS ENCUESTAS.
2. EL ENVÍO DE LA CAPTURA DE LA INFORMACIÓN AL DEPARTAMENTO DE CALIDAD.

	<p>SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA, EDO.MEX.</p> <p>DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA</p>	<p>Página 4 de 6</p> <p>CLAVE: MR-01</p> <p>REVISIÓN: 00</p> <p>FECHA DE ELABORACIÓN 6- SEP- 2006</p>
---	---	---

F. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

a. INTEGRANTES DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD:

1. SERÁN LOS RESPONSABLES DEL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

G. PREPARACIÓN DEL INFORME DE LOS RESULTADOS AL COMITÉ DE CALIDAD Y COMITES DE LA ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA

a. INTEGRANTES DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD REALIZARAN:

1. LA PREPARACIÓN Y ELABORACIÓN DEL INFORME DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS, A LA JUNTA DIRECTIVA.
2. LA PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS A LA JUNTA DIRECTIVA. (VER ANEXO "C")
3. EL CONSOLIDADO DE SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.
4. DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS, SE ELABORARÁ UN PROGRAMA PARA CORREGIR LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD.
5. LA MONITORÍA PARA ASEGURAR LA CALIDAD EN EL SERVICIO.
6. EL FOMENTO DE LA CREACIÓN DE UNA CULTURA DE CALIDAD EN SERVICIO.



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

H. ELABORAR Y ENVIAR EL INFORME A LA DIRECCIÓN DE LA ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA.

a. DEPARTAMENTO DE CALIDAD REALIZARA:

1. LA PREPARACIÓN Y ELABORACIÓN DEL INFORME DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS, PARA LA DIRECCIÓN DE LA ENFERMERÍA DE SANTA LUCÍA. (VER ANEXO "C").

I. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.

- A. EL DEPARTAMENTO DE CALIDAD, REALIZARA LA CAPTURA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS, PARA QUE EL DÍA 5 DEL MES, (ABRIL, AGOSTO Y DICIEMBRE); SEA ENVIADO A LA DIRECCIÓN DE DICHO NOSOCOMIO. (VER ANEXO "C").

II. AUDITORES DE CALIDAD.

- A. REALIZARÁN LA SUPERVISIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS POR LOS DIFERENTES SALAS Y/O SERVICIOS DE LA ENFERMERÍA, ASÍ COMO ENTREVISTARAN A ALGUNOS PACIENTES.
- B. PARTICIPARÁN EN EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.
- C. ELABORAN LA PRESENTACIÓN E INFORME AL COMITÉ DE CALIDAD, COMITES Y DIRECCIÓN.

	<p>SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA, EDO.MEX.</p> <p>DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA</p>	<p>Página 4 de 6</p> <p>CLAVE: MR-01</p> <p>REVISIÓN: 00</p> <p>FECHA DE ELABORACIÓN 6- SEP- 2006</p>
---	---	---

III. JEFES DE AREA Y/O SERVICIOS.

- A. SERÁN LOS RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS EN LAS ÁREAS Y/O SERVICIO A SU CARGO .
- B. REMITIRÁN AL DEPARTAMENTO DE CALIDAD, EL CONSOLIDADO DE ENCUESTAS A MAS TARDAR EL DÍA 20 DEL MES PREVIO AL ENVÍO DEL INFORME, DEBIDAMENTE REQUISITADAS. (VER ANEXO "C")

IV. MUESTRA Y ÁREAS DE APLICACIÓN.

VER ANEXO " A".

V. PROCEDIMIENTO MAESTRO

VER ANEXO "B".

VI. CRONOGRAMA PARA SU APLICACIÓN

VER ANEXO "C".

VII. FLUJOGRAMAS:

VER ANEXO "D".

ACCIONES DE MEJORA.

LAS ACCIONES DE MEJORA SE REALIZAN PARA PERFECCIONAR LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE PROCESO, A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS USUARIOS A LOS DIVERSOS SERVICIOS. ASÍ MISMO SE SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE LOS MISMOS.



SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.

DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

ANEXO A.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

IMPORTANTE: ESTE CUESTIONARIO SE DEBE APLICAR A UN TOTAL DE DIEZ USUARIOS DE LA ENFERMERÍA, QUE ASISTAN A CONSULTA SUBSECUENTE Y ANTES DE PASAR AL CONSULTORIO; EN CASO DE PACIENTES MENORES DE EDAD O DISCAPACITADOS QUE NO PUEDAN RESPONDER, LA ENCUESTA SE APLICA AL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE. AL FINAL DE ESTA SECCIÓN SE ENCUENTRA LA "HOJA DE OPCIONES DE RESPUESTA" PARA LAS DIEZ ENCUESTAS. ANTES DE INICIAR SU APLICACIÓN, SE SUGIERE LA SIGUIENTE PRESENTACIÓN:

BUENOS DÍAS, BUENAS TARDES.

LA ENFERMERÍA MILITAR SE ENCUENTRA REALIZANDO UN ESTUDIO PARA CONOCER CÓMO SE ESTÁ PROPORCIONANDO LA ATENCIÓN MÉDICA.

POR FAVOR, ¿SERÍA USTED TAN AMABLE DE COLABORAR CON NOSOTROS CONTESTANDO ALGUNAS PREGUNTAS QUE LE VOY HACER?. TODOS LOS DATOS QUE USTED PROPORCIONE SERÁN CONFIDENCIALES Y USADOS ÚNICAMENTE CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCIÓN MÉDICA QUE USTED RECIBE. DE ANTEMANO LE AGRADEZCO SU COLABORACIÓN Y TIEMPO.

CATEGORÍA Y Nº PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVOS
---------------------------------	---	-----------



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

AMENIDADES Y RELACIONES INTERPERSONALES

APARIENCIA DEL INMUEBLE.- ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL USUARIO DE LOS DIVERSOS ELEMENTOS COMO: ORNATO, AMPLITUD, ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN SUFICIENTES; ACABADOS, PINTURA Y JARDINERÍA EN BUEN ESTADO Y ÓPTIMAS CONDICIONES DE LIMPIEZA, QUE PROPORCIONAN UNA ADECUADA PRESENTACIÓN Y COMODIDAD A LOS ASISTENTES A LA UNIDAD. ES NECESARIO QUE, PARA LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, TODA UNIDAD MÉDICA REÚNA DICHAS CARACTERÍSTICAS.

¿CÓMO LE PARECEN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL?

- 1) CÓMODAS
- 2) MÁS O MENOS CÓMODAS
- 3) INCÓMODAS
- 4) LE DA IGUAL

¿EN QUE CONDICIONES DE ASEO ENCUENTRA EL HOSPITAL?

- 1) LIMPIO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) SUCIO
- 4) NO SE HA FIJADO



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

ACCESIBILIDAD.- ES LA OPINIÓN QUE TIENE EL USUARIO ACERCA DE LOS DIVERSOS FACTORES QUE FACILITAN SU ARRIBO A LA UNIDAD Y QUE PUEDEN SER GEOGRÁFICOS, ECONÓMICOS, CULTURALES, POLÍTICOS, RELIGIOSOS Y ORGANIZACIONALES. ES DESEABLE QUE LA UNIDAD INTERVENGA FAVORABLEMENTE EN AQUELLOS FACTORES QUE SON DE SU COMPETENCIA, PARA FACILITAR LA ACCESIBILIDAD DEL USUARIO.

APARIENCIA DEL PERSONAL.- ES LA IMPRESIÓN DEL USUARIO RESPECTO A LA PULCRITUD, PRESENTACIÓN Y ATUENDO QUE DEBE TENER EL PERSONAL DE LA UNIDAD. ES INDISPENSABLE QUE EL USUARIO CALIFIQUE FAVORABLEMENTE LA APARIENCIA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD, COMO RESULTADO DE UNA BUENA IMAGEN DEL MISMO.

¿LE ES FÁCIL LLEGAR A ESTE HOSPITAL?

- 1) SÍ
- 2) MÁS O MENOS
- 3) NO

CUANDO HA DEJADO DE ASISTIR A ESTE HOSPITAL, ¿CUÁL HA SIDO LA CAUSA MÁS FRECUENTE?

- 1) PROBLEMAS PERSONALES O DE TRASLADO
- 2) COSTO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL
- 3) HORARIO DE LABORES DEL HOSPITAL
- 4) NO HA DEJADO DE ASISTIR

¿QUÉ LE PARECE EL ASPECTO Y EL ASEO DEL PERSONAL DE ESTE HOSPITAL?

- 1) BUENO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MALO
- 4) NO SE HA FIJADO



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

SEÑALAMIENTOS.- ES LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO RESPECTO A LA IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS Y SERVICIOS MEDIANTE RÓTULOS SUFICIENTES, VISIBLES Y DE FÁCIL INTERPRETACIÓN, QUE LE PERMITAN UNA ADECUADA ORIENTACIÓN DENTRO DE LA UNIDAD. ES INDISPENSABLE QUE EL USUARIO CALIFIQUE FAVORABLEMENTE LA SEÑALIZACIÓN DE LA UNIDAD.

SANITARIOS.- ES LA IMPRESIÓN QUE TIENE EL USUARIO RESPECTO AL NÚMERO DE BAÑOS, SU UBICACIÓN, CONDICIONES DE LIMPIEZA, DISPONIBILIDAD DE ARTÍCULOS SANITARIOS, FUNCIONAMIENTO, SEÑALAMIENTOS Y ADAPTACIONES PARA EL USO DE DISCAPACITADOS. ES RECOMENDABLE QUE ESTOS SERVICIOS CUMPLAN CON ESTAS CARACTERÍSTICAS PARA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.

¿CÓMO LLEGA USTED A LOS DIFERENTES SERVICIOS O ÁREAS DE ESTE HOSPITAL?

- 1) GUIÁNDOSE POR LOS LETREROS O SEÑALAMIENTOS
- 2) PREGUNTANDO Y UTILIZANDO LOS LETREROS
- 3) PREGUNTANDO SOLAMENTE

¿EN QUE CONDICIONES CREE USTED QUE SE ENCUENTRAN LOS BAÑOS DE ESTE HOSPITAL?

- 1) BUENAS
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MALAS
- 4) NO LOS HA UTILIZADO



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.-

ES LA FORMA EN QUE EL PACIENTE PERCIBE LA DISPOSICIÓN POR PARTE DEL MÉDICO PARA FOMENTAR LA INTERACCIÓN CON ÉL Y SUS FAMILIARES, CON BASE EN UN DIÁLOGO CONSTANTE Y PERSONALIZADO, ADEMÁS DE PROPICIAR LA CORTESÍA, CONFIANZA, AMABILIDAD Y CORDIALIDAD MUTUA. ES INDISPENSABLE QUE EL PACIENTE SE SIENTA SATISFECHO DE LA RELACIÓN CON SU MÉDICO, COMO RESULTADO DE UNA BUENA INTERACCIÓN.

¿CÓMO LE TRATA SU MÉDICO?

- 1) BIEN
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MAL
- 4) LE DA IGUAL O LE HAN ATENDIDO DISTINTOS MÉDICOS

TRATO DEL PERSONAL DE SALUD.-

ES EL CONCEPTO DEL USUARIO SOBRE LA ACTITUD QUE DEBE TENER EL PRESTADOR DE SERVICIOS EN SU RELACIÓN DIRECTA CON EL MISMO. ES INDISPENSABLE QUE ESTE PERSONAL ATIENDA AL USUARIO EN FORMA AMABLE, RESPETUOSA Y PERSONALIZADA PARA FOMENTAR UNA BUENA OPINIÓN.

¿CÓMO LE TRATA LA ENFERMERA?

- 1) BIEN
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MAL
- 4) NO HA TENIDO TRATO O LE DA IGUAL

¿CÓMO LE TRATA EL PERSONAL DE LABORATORIO Y RAYOS X?

- 1) BIEN
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MAL
- 4) NO HA TENIDO TRATO O LE DA IGUAL

218. ¿CÓMO LE TRATA EL PERSONAL DE FARMACIA?

- 1) BIEN
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MAL
- 4) NO HA TENIDO TRATO O LE DA IGUAL



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

TRABAJO SOCIAL.- ES LA OPINIÓN QUE TIENE EL USUARIO RESPECTO AL APOYO Y TRATO PROPORCIONADOS POR EL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS MÉDICOS Y NO MÉDICOS, REALIZACIÓN DE TRÁMITES Y EJECUCIÓN DE LOS ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS. ES INDISPENSABLE QUE EL USUARIO CALIFIQUE FAVORABLEMENTE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL, COMO RESULTADO DE UN TRATO EFICIENTE Y AMABLE.

¿CÓMO LE TRATA EL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL?

- 1) BIEN
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MAL
- 4) NO HA TENIDO TRATO O LE DA IGUAL

¿RECIBE USTED EL APOYO DE TRABAJO SOCIAL CUANDO LO NECESITA?

- 1) SIEMPRE
- 2) A VECES
- 3) NUNCA
- 4) NO HA NECESITADO APOYO

RECEPCIÓN.- ES LA APRECIACIÓN QUE TIENE EL USUARIO RESPECTO AL TRATO QUE RECIBE DEL PERSONAL ASIGNADO A ESTA ÁREA, QUIEN SE ENCARGA DE LA RECEPCIÓN Y ORIENTACIÓN AL PÚBLICO Y DEL CONTROL DE CITAS. ES NECESARIO QUE, COMO RESULTADO DE UN TRATO CORTÉS Y AMABLE, EL USUARIO EXPRESE SU SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN RECIBIDA.

¿CÓMO LE TRATA EL PERSONAL DE RECEPCIÓN?

- 1) BIEN
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MAL
- 4) NO HA TENIDO TRATO O LE DA IGUAL

SEGURIDAD Y VIGILANCIA.- ES LA APRECIACIÓN DEL USUARIO ACERCA DEL TRATO QUE RECIBE DE ESTE PERSONAL AL ENTRAR Y SALIR DE LA UNIDAD. ES INDISPENSABLE QUE EL USUARIO CALIFIQUE FAVORABLEMENTE LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA, COMO RESULTADO DE UN TRATO AMABLE.

¿CÓMO LO HA TRATADO EL PERSONAL DE VIGILANCIA CUANDO USTED ACUDE A LA UNIDAD?

- 1) BIEN
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MAL
- 4) NO HA TENIDO TRATO O LE DA IGUAL



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

DISPONIBILIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.- ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL USUARIO ACERCA DE LA OPORTUNIDAD Y ADECUADA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA. ES INDISPENSABLE QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, EL MÉDICO DISPONGA DEL EXPEDIENTE COMPLETO ANTES DE INICIAR LA CONSULTA.

CUANDO USTED ACUDE A CONSULTA, ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA RELACIONADO CON SU EXPEDIENTE?

- 1) UNA O MÁS VECES
- 2) NO O NUNCA

CAPACIDAD DEL PERSONAL MÉDICO.- ES LA OPINIÓN QUE TIENE EL USUARIO EN RELACIÓN CON LA PREPARACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DE LA UNIDAD, PARA RESOLVERLE SUS PROBLEMAS DE SALUD CON OPORTUNIDAD Y EFICIENCIA. ES INDISPENSABLE QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, CON BASE EN UNA ADECUADA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO, EL USUARIO SE SIENTA SATISFECHO DE LA ATENCIÓN RECIBIDA.

CUANDO USTED ACUDE CON SU MÉDICO, ¿MEJORA CON EL TRATAMIENTO QUE LE RECETA?

- 1) SÍ O SIEMPRE
- 2) A VECES
- 3) NO O NUNCA
- 4) NO SABE

TIEMPO DE ESPERA.- ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL USUARIO DEL LAPSO TRANSCURRIDO DESDE QUE SE LE ASIGNA HORARIO DE CONSULTA HASTA QUE ES ATENDIDO POR EL MÉDICO. ES NECESARIO UN CORTO TIEMPO DE ESPERA YA QUE GENERA UNA SENSACIÓN DE SATISFACCIÓN EN EL USUARIO Y MEJORA LA INTERRELACIÓN CON SU MÉDICO; POR EL CONTRARIO, UNA ESPERA PROLONGADA CREA MALESTAR EN EL USUARIO Y PREDISPONE AL CONFLICTO AL MOMENTO DE RECIBIR LA ATENCIÓN MÉDICA.

EL TIEMPO QUE TIENE QUE ESPERAR PARA PASAR A CONSULTA ES:

- 1) POCO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MUCHO
- 4) LE DA IGUAL O NO SE HA FIJADO



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

DIFERIMIENTO.- ES LA APRECIACIÓN DEL USUARIO EN RELACIÓN CON EL LAPSO TRANSCURRIDO ENTRE LA FECHA EN QUE SOLICITÓ SU CONSULTA DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE Y EL MOMENTO EN QUE SE LE PROGRAMA. TAMBIÉN SE ESTIMA ESTE TIEMPO PARA EL CASO DE UNA HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA Y/O UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO URGENTE. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, ESTE LAPSO SEA BREVE.

EL TIEMPO QUE PASÓ ENTRE EL DÍA EN QUE PIDIÓ SU CITA A CONSULTA Y LA FECHA EN QUE SE LA DIERON FUE:

- 1) POCO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MUCHO
- 4) LE DA IGUAL

EL TIEMPO QUE PASÓ ENTRE EL DÍA EN QUE SU MÉDICO LE DIJO QUE SE INTERNARA HASTA EL DÍA EN QUE SE HOSPITALIZÓ FUE:

- 1) POCO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MUCHO
- 4) NO SE HA HOSPITALIZADO O SE INTERNÓ POR URGENCIAS O LE DA IGUAL

CONTINUIDAD DEL PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.- ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PACIENTE ACERCA DE LA ATENCIÓN DE SU PADECIMIENTO DE MANERA SECUENCIAL, SIN INTERRUPCIONES ATRIBUIBLES A FALLAS ADMINISTRATIVAS. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, EL PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO SE LLEVE A CABO EN FORMA ININTERRUMPIDA.

¿HA SUSPENDIDO SUS ESTUDIOS DE LABORATORIO O RAYOS X O SU TRATAMIENTO, POR ALGUNA FALLA O PROBLEMA EN EL HOSPITAL?

- 1) SÍ
- 2) NO
- 3) NO SABE

TIEMPO DESTINADO A LA CONSULTA.- ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL USUARIO DEL LAPSO EMPLEADO POR EL MÉDICO PARA PROPORCIONARLE LA CONSULTA. ES DESEABLE QUE EL PACIENTE SE SIENTA SATISFECHO PORQUE EL MÉDICO LE DESTINA EL TIEMPO SUFICIENTE PARA SU ATENCIÓN.

¿CREE USTED QUE EL TIEMPO QUE LE DEDICA SU MÉDICO AL DARLE LA CONSULTA ES SUFICIENTE?

- 1) SÍ
- 2) MÁS O MENOS
- 3) NO
- 4) NO SABE



**SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL MÉDICO SOBRE EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.- ES LA APRECIACIÓN QUE TIENE EL PACIENTE RESPECTO A LA DISPOSICIÓN DEL MÉDICO PARA INFORMAR A ÉL Y/O A SUS FAMILIARES, DE MANERA COMPRENSIBLE Y SENCILLA, SOBRE EL PADECIMIENTO ACTUAL, LA FINALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS, EFECTOS SECUNDARIOS, HORARIO Y TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DE LOS MISMOS, MEDIDAS GENERALES A SEGUIR, ASÍ COMO EL TIEMPO PROBABLE DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, HASTA SU CURACIÓN O CONTROL Y POSIBLES SECUELAS. ES NECESARIO QUE, CON BASE EN UNA INFORMACIÓN COMPLETA, SE LOGRE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y/O SUS FAMILIARES.

¿ENTIENDE USTED CLARAMENTE A SU MÉDICO, CUANDO LE EXPLICA LO RELACIONADO CON SU ENFERMEDAD?

- 1) SÍ LE ENTIENDE
- 2) NO LE ENTIENDE
- 3) NO LE EXPLICA
- 4) NO SE HA FIJADO

ELECCIÓN DEL MÉDICO.- ES LA OPINIÓN QUE TIENE EL USUARIO RESPECTO A LA POSIBILIDAD QUE PUDIERA DARLE LA UNIDAD MÉDICA, PARA SELECCIONAR AL MÉDICO DE SU PREFERENCIA. DEBE CONSIDERARSE COMO LA SITUACIÓN IDÓNEA A ALCANZAR EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, CON EL FIN DE FORTALECER LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y ABATIR LA OCURRENCIA DE QUEJAS POR SUPUESTAS DEFICIENCIAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO,

SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD DE ELEGIR A SU MÉDICO DE PREFERENCIA ¿CAMBIARÍA USTED SU MÉDICO TRATANTE ACTUAL?

- 1) NO
- 2) SÍ
- 3) LE DA IGUAL



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN Y QUIRÓFANO

CONTINUIDAD DEL PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.- ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL PACIENTE ACERCA DE LA ATENCIÓN DE SU PADECIMIENTO DE MANERA SECUENCIAL, SIN INTERRUPCIONES ATRIBUIBLES A FALLAS ADMINISTRATIVAS. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, EL PLAN DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO SE EFECTÚE EN FORMA ININTERRUMPIDA HASTA SU EGRESO.

CUANDO SE HA INTERNADO, ¿SE HA INTERRUMPIDO SU ATENCIÓN POR ALGUNA FALLA DEL HOSPITAL?

- 1) SÍ
- 2) NO
- 3) NO SABE O NO SE HA HOSPITALIZADO

ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE.- ES LA OPINIÓN DEL USUARIO RESPECTO A LA DIETA RECIBIDA DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN, EN CUANTO A HORARIO, CANTIDAD, TEMPERATURA, PREPARACIÓN CON APEGO A LAS INDICACIONES MÉDICAS Y AGRADABLE A LA VISTA Y AL GUSTO. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, LA ALIMENTACIÓN QUE SE LE PROPORCIONE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTES CITADAS.

¿LE GUSTÓ LA COMIDA CUANDO ESTUVO HOSPITALIZADO?

- 1) SÍ
- 2) MÁS O MENOS
- 3) NO
- 4) LE DIO IGUAL O NO SE HA HOSPITALIZADO

SUFICIENCIA DE ROPA.- ES EL CONCEPTO QUE TIENE EL PACIENTE RESPECTO A LA DOTACIÓN DE ROPA CLÍNICA Y DE CAMA QUE LE PROPORCIONA EL HOSPITAL. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, LA ROPA QUE RECIBE SEA SUFICIENTE, LIMPIA Y SE ENCUENTRE EN BUENAS CONDICIONES DE USO.

¿LA ROPA QUE LE PROPORCIONARON CUANDO ESTUVO HOSPITALIZADO ESTABA EN BUENAS CONDICIONES?

- 1) SÍ
- 2) MÁS O MENOS
- 3) NO
- 4) NO SE HA HOSPITALIZADO



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

INFORMACIÓN AL PACIENTE OPERADO.- SE REFIERE A LA OPINIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A LA INFORMACIÓN QUE RECIBE DEL MÉDICO EN RELACIÓN CON EL ACTO QUIRÚRGICO Y LAS CONDICIONES POSTERIORES A ESTE. ES INDISPENSABLE QUE EL PERSONAL MÉDICO (CIRUJANO O AYUDANTES) NOTIFIQUE AL PACIENTE, EN FORMA CLARA Y OPORTUNA, SU ESTADO DE SALUD POST-QUIRÚRGICO.

¿EL MÉDICO LE EXPLICÓ EN FORMA CLARA COMO SALIÓ DE SU OPERACIÓN?

- 1) SÍ
- 2) MÁS O MENOS
- 3) NO
- 4) NO SE HA OPERADO

ATENCIÓN EN AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ORIENTACIÓN PREVIA A LA TOMA DE MUESTRAS Y/O ESTUDIOS DE GABINETE.- ES LA OPINIÓN DEL USUARIO RESPECTO A LAS INDICACIONES PRELIMINARES QUE DEBE RECIBIR PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE. PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, ES INDISPENSABLE QUE DICHAS INSTRUCCIONES SE LE PROPORCIONEN EN FORMA SENCILLA Y, EN CASO DE ESTUDIOS ESPECIALES, DE MANERA VERBAL Y ESCRITA.

¿ALGUNA VEZ LE HAN SUSPENDIDO LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO, RAYOS X O ULTRASONIDO PORQUE NO LE DIJERON COMO PREPARARSE ANTES DE ACUDIR?

- 1) SÍ
- 2) NO
- 3) NO SE HA REALIZADO ESTUDIOS O NO HA REQUERIDO DE PREPARACIÓN PREVIA.

TIEMPO DE ESPERA.- ES LA APRECIACIÓN QUE TIENE EL USUARIO DEL LAPSO TRANSCURRIDO DESDE EL MOMENTO EN QUE SE PRESENTA A LA CITA PARA EL ESTUDIO DE LABORATORIO Y/O GABINETE HASTA QUE SE LE REALIZAN LOS ESTUDIOS Y/O TOMA DE MUESTRAS. PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, ES DESEABLE QUE ESTE TIEMPO NO EXCEDA DE 15 MINUTOS.

EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR EN LA SALA, PARA QUE LE REALIZARAN SUS ESTUDIOS DE LABORATORIO, RAYOS X, ULTRASONIDO, ETC., FUE:

- 1) POCO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MUCHO
- 4) LE DIO IGUAL, NO SE FIJÓ O NO SE HA REALIZADO ESTUDIOS



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

DIFERIMIENTO.- ES LA APRECIACIÓN DEL USUARIO EN RELACIÓN CON EL LAPSO TRANSCURRIDO ENTRE LA FECHA EN QUE SOLICITA SUS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE Y EL MOMENTO EN QUE SE LE REALIZAN. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, ESTE LAPSO SEA BREVE.

EFICIENCIA DEL LABORATORIO Y/O GABINETE.- ES LA APRECIACIÓN DEL USUARIO EN RELACIÓN CON LAS FACILIDADES O EVENTUALIDADES PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO Y/O GABINETE. ES INDISPENSABLE QUE PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, TODOS LOS RESULTADOS ESTÉN DISPONIBLES ANTES DE LA SIGUIENTE CONSULTA PROGRAMADA.

ATENCIÓN EN FARMACIA

EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS.- ES LA IMPRESIÓN QUE TIENE EL USUARIO ACERCA DE LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA PARA SURTIR EN FORMA COMPLETA LAS RECETAS EXTENDIDAS POR EL MÉDICO DE LA UNIDAD. ES NECESARIO QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, LA FARMACIA DE LA UNIDAD LE SURTA LA TOTALIDAD DE MEDICAMENTOS QUE AMPARA LA RECETA.

EL TIEMPO QUE PASÓ ENTRE EL DÍA EN QUE PIDIÓ CITA DE LABORATORIO, RAYOS X, ULTRASONIDO, ETC. Y LA FECHA EN QUE LE HICIERON LOS ESTUDIOS FUE:

- 1) POCO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) MUCHO
- 4) LE DIO IGUAL, NO SE FIJÓ O NO SE HA REALIZADO ESTUDIOS

CUANDO SE HA REALIZADO ESTUDIOS DE LABORATORIO, RAYOS X O ULTRASONIDO, ¿SUS RESULTADOS HAN ESTADO LISTOS PARA SU SIGUIENTE CONSULTA?

- 1) NO
- 2) SÍ
- 3) NO SE HA FIJADO O NO SE HA REALIZADO ESTUDIOS

¿CUÁNTAS DE LAS MEDICINAS QUE LE RECETA SU MÉDICO, LE SURTE LA FARMACIA DE ESTE HOSPITAL?

- 1) TODAS
- 2) ALGUNAS
- 3) NINGUNA
- 4) NO HAY FARMACIA O NO HA RECURRIDO A ELLA



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

CALIDAD DE MEDICAMENTOS.- ES LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO CON RESPECTO A QUE LOS MEDICAMENTOS QUE ADQUIERE EN LA FARMACIA DE LA UNIDAD TIENEN LA MISMA CALIDAD QUE LOS MEDICAMENTOS COMERCIALES. ES DESEABLE, PARA SU SATISFACCIÓN, QUE EL USUARIO CONSIDERE QUE LOS MEDICAMENTOS DEL SECTOR SALUD POSEEN EL MISMO EFECTO TERAPÉUTICO QUE LOS EXPENDIDOS EN FARMACIAS COMERCIALES.

PRECIO DE LOS SERVICIOS

PRECIO DE MEDICAMENTOS.- ES LA PERCEPCIÓN QUE TIENE EL USUARIO RESPECTO AL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS QUE LE OFRECE LA FARMACIA DE LA UNIDAD, EN COMPARACIÓN CON LOS PRECIOS DE FARMACIAS COMERCIALES. ES DESEABLE QUE, PARA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, LA FARMACIA DE LA UNIDAD OFREZCA PRECIOS MENORES A LOS DE LAS FARMACIAS PRIVADAS.

PRECIO DE LA ATENCIÓN MÉDICA PARA EL USUARIO.- ES LA IMPRESIÓN QUE TIENE EL USUARIO DE LA CANTIDAD QUE DEBE PAGAR COMO CUOTA DE RECUPERACIÓN. ES INDISPENSABLE QUE, PARA SU SATISFACCIÓN, EL USUARIO CONSIDERE JUSTO EL MONTO QUE PAGA POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS.

LOS MEDICAMENTOS DE LA FARMACIA DE ESTE HOSPITAL, EN COMPARACIÓN CON LOS DE LA CALLE SON:

- 1) MEJORES
- 2) IGUALES
- 3) PEORES
- 4) NO SABE

EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS DE LA FARMACIA DEL HOSPITAL, EN COMPARACIÓN CON LOS DE LA CALLE SON:

- 1) MÁS BARATOS
- 2) DEL MISMO PRECIO
- 3) MÁS CAROS
- 4) NO SABE O SON GRATUITOS

CREE USTED QUE LO QUE LE COBRAN POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN ESTE HOSPITAL, ES:

- 1) BARATO
- 2) MÁS O MENOS
- 3) CARO
- 4) NO LE COBRAN



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

ANEXO B.

EJERCITO MEXICANO

ENFRIA MILITAR DE STA.LUCÍA

DEPTO. DE CALIDAD

PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN .

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1. APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS	AREAS DEL HOSPITAL
2. RECOLECCION DE LA INFORMACION	JEFES DE LAS AREAS
3. CAPTURA DE DATOS	DEPARTAMENTO DE CALIDAD
4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	
5. GRAFICAS DE LOS RESULTADOS:	
6. ELABORACIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES	
7. REDACCIÓN DEL INFORME A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL a. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A LA JUNTA DIRECTIVA. b. EMISIÓN DE SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES.	
8. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO	
9. ENVIO DEL INFORME A LA DIRECCIÓN DE LA ENFERMERIA DE SANTA LUCIA.	



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

ANEXO C.

CRONOGRAMA DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS.

ACTIVIDAD \ MES	MES											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PREPARACIÓN	X				X				X			
APLICACIÓN		X	X HASTA EL DIA 20 DEL MES			X	X HASTA EL DIA 20 DEL MES			X	X HASTA EL DIA 20 DEL MES	
RECOLECCIÓN			X 21 Y 22				X 21 Y 22				X 21 Y 22	
CAPTURA			X 23 AL 27				X DEL 23 AL 27				X DEL 23 AL 27	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN			X 28 Y 29				X DÍAS 28 Y 29				X DÍAS 28 Y 29	
GRAFICAR			X DÍA 30				X DÍA 30				X DÍA 30	
PRESENTACIÓN RESULTADOS DIRECCIÓN HOSPITAL			X ÚLTIMO DÍA DEL MES				X ÚLTIMO DÍA DEL MES				X ÚLTIMO DÍA DEL MES	
ELABORACIÓN INFORME A LA DIRECCION				3-4				3-4				3-4
ENVIO INFORME				5				5				5



**SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD
ENFERMERÍA MILITAR SANTA LUCIA,
EDO.MEX.**

**DOCUMENTO:
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE
ENCUESTAS EN LA ENFERMERIA
MILITAR DE SANTA LUCIA**

Página 4 de 6

CLAVE: MR-01

REVISIÓN: 00

FECHA DE
ELABORACIÓN

6- SEP- 2006

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

ENFERMERIA SANTA LUCIA

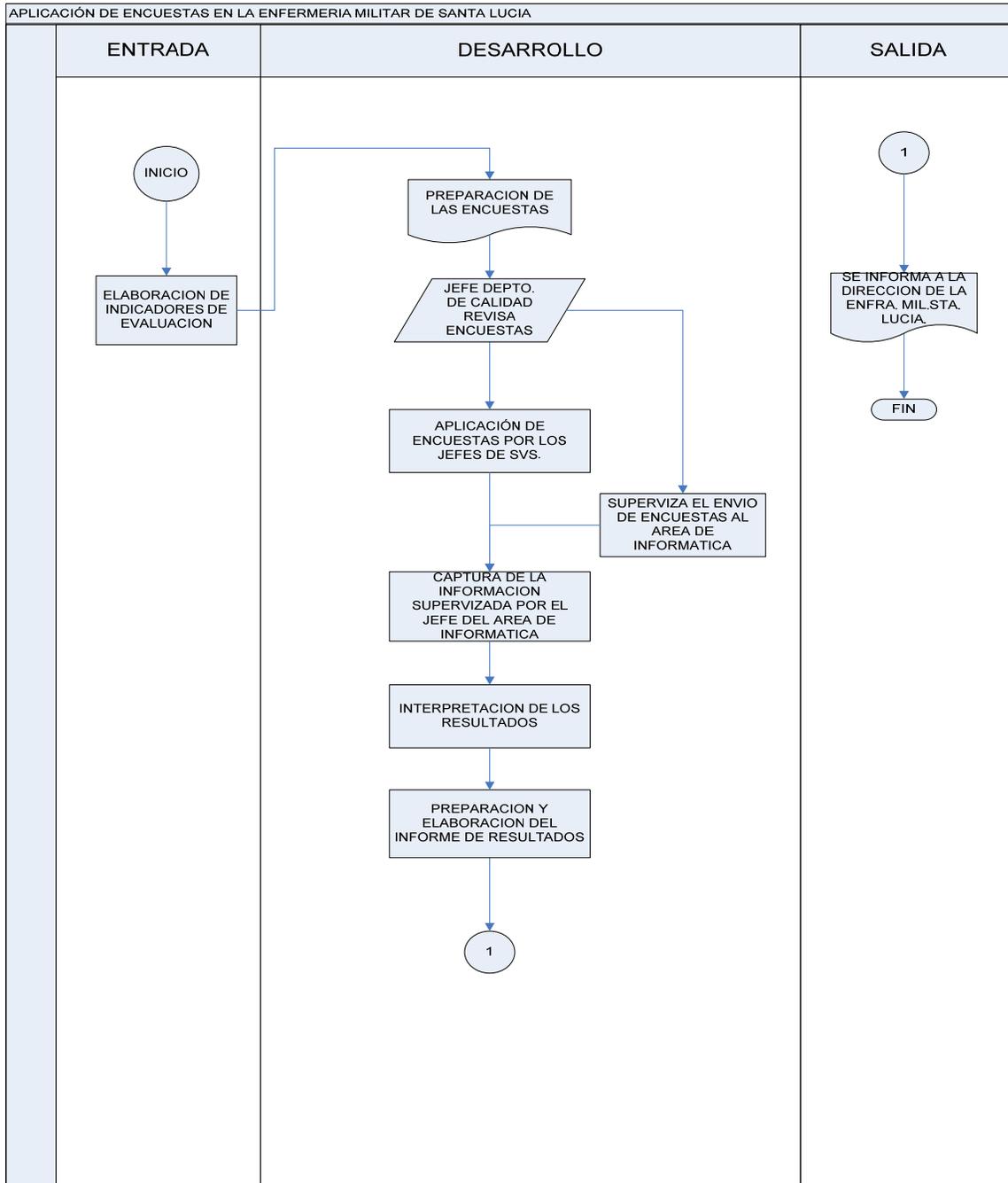
AREA DE COMITÉ DE CALIDAD

**PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA
ACCIONES DE MEJORA**

CRITERIO A EVALUAR: DONDE SE RECIBEN LAS QUEJAS GENERADAS POR LOS PACIENTES
SERVICIO: ENFERMERIA MILITAR DE SANTA LUCIA..

FECHA	ACTIVIDAD DE VERIFICACIÓN	RESULTADO	ACCIONES DE MEJORA
DE SEPTIEMBRE DE 2006 A ENERO 2006.	REALIZAR SUPERVISIÓN.		

FLUJOGRAMA



GLOSARIO:

SATISFACCIÓN: Es la calificación y percepción que refleja el paciente hacia los servicios de que se beneficia en el área de salud.

USUARIO: Es aquella persona que se beneficia de un servicio prestado en el área de salud.

CLIENTE: Son todos los ciudadanos que reciben en forma directa los productos y servicios de la administración pública.

CLIENTE INTERNO. Usuarios que se encuentran dentro de la organización y que reciben algún bien o servicio.

CLIENTE EXTERNO. Usuarios que se encuentran fuera de la Dependencia y que reciben algún bien o servicio.

PARTE INTERESADA: persona o grupo que tiene un interés en el desempeño o éxito de la organización.

PROVEEDOR: organización o persona que provee un producto o servicio y que puede ser pública o privada; su intervención puede ser en cualquier etapa.

SERVICIO. Son todas las actividades desarrolladas por la Institución para satisfacer las necesidades de los clientes y usuarios.

ENCUESTA: Serie de preguntas que se aplican con el consentimiento del paciente para indagar sobre las deficiencias que observan los pacientes desde su punto de vista.

CALIDAD PERCIBIDA: Es la calidad como la perciben los propios usuarios; toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones en pro de la salud se desarrollan. Es decir abarca todos los aspectos del proceso de atención, desde la mera percepción del trato recibido a la provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc. (OPS. Rev. Panam.Salud Pub., 8(1/2):jul-ago. 2000)

EFICACIA: Capacidad técnico-científica para lograr mejoras.

EFFECTIVIDAD: El grado de mejora de la salud obtenida con relación al máximo posible.

EFICIENCIA: Capacidad de disminuir los costos sin disminuir las mejoras obtenidas.

EQUIDAD: Conformidad con lo justo y razonable en la distribución de las acciones de atención médica y sus beneficios.

ACEPTABILIDAD: Conformidad con los deseos y expectativas individuales de las personas. Legitimidad: Conformidad social expresada en principios, normas, costumbres, leyes y regulaciones.

Dr. Camilo Marracino. Médico sanitarista especialista en organización y evaluación de sistemas de atención médica. Fundación Avedis Donabedian. Buenos Aires. Argentina.