



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Examen General de Conocimientos

Trabajo Escrito de Modalidades

Estudio de las Operaciones o del Proceso Productivo

**Evaluación de la Calidad del Instituto Nacional de Cardiología
Ignacio Chávez desde la perspectiva de pacientes y/o familiares**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración
(Sistemas de Salud)**

Presenta: María de Lourdes Zamorano Suástegui

Tutor: Dr. José Pedro Rocha Reyes

Asesor de apoyo: Maestra Rocío Llarena de Thierry.

México, D.F. 2009.



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.



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Examen General de Conocimientos

Trabajo Escrito de Modalidades

Estudio de las Operaciones o del Proceso Productivo

**Evaluación de la Calidad del Instituto Nacional de Cardiología
Ignacio Chávez desde la perspectiva de pacientes y/o familiares**

Que para obtener el grado de:

Maestro en Administración (Sistemas de Salud)

Presenta: María de Lourdes Zamorano Suástegui

**Tutor : Dr. José Pedro Rocha Reyes
Asesor de apoyo: Maestra Rocío Llarena de Thierry.**

México, D.F. 2009.



Agradecimientos.

Este comienzo en una nueva etapa en mi vida sin duda no hubiera sido posible gracias a mi esposo Felipe que en todo momento me apoyo tanto física como moralmente, ya que nunca hubo un “no” de su parte, al contrario siempre hubo un “no te preocupes yo lo voy a resolver”

A mis hijos David y Alexandra que tuvieron la paciencia de aprender a ser independientes y autosuficientes a pesar de ser tan pequeños para suplir las pequeñas ausencias físicas pero no de corazón de su mamota como ellos me llaman.

A mis papas Jaime y Lulú que en todo momento me brindaron su apoyo, confianza, e impulso en todo mi camino para lograr hacer de mí lo que soy el día de hoy.

A mis hermanos Paul y Jaime que me brindaron su apoyo en todo momento y desde el lugar en que se encuentre cada uno.

Y a todas las personas que de alguna u otra forma me ayudaron a que este sueño se convirtiera en una realidad.

Gracias

ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
1. Instituto Nacional de Cardiología.....	4
1.1 Origen	6
1.2 Estructura.....	7
1.3 Funcionamiento.....	9
1.4 Impacto.....	9
1.5 Planteamiento del Problema.....	10
2. Marco Normativo.....	12
2.1 Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos.....	12
2.2 Ley General de Salud.....	12
2.3 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios.....	17
2.4 Ley orgánica de la Administración Pública Federal.....	19
2.5 Ley de los Institutos Nacionales de Salud.....	19
2.6 Código de conducta del Instituto Nacional de Cardiología.....	19
3. Marco teórico: Calidad.....	22
3.1 Definición de Calidad.....	22
3.2 Antecedentes históricos de la calidad.....	23
3.3 Enfoques teóricos.....	25
1.3.1. Modelos de Avedis Donabedian.....	25
1.3.2. Modelo Servqual.....	26
1.3.3. Modelo de las Deficiencias o de los Gaps.....	27
1.3.4. Modelo Servperf.....	27
1.3.5. Modelo Sercal.....	27
3.4 Enfoque de calidad sobre satisfacción del usuario.....	28

4.	Marco de Referencia.....	31
5.	Diseño de la Investigación	36
5.1	Premisa	36
5.2	Objetivos de la Investigación.....	36
5.2.1	Objetivo General.....	36
5.2.2	Objetivos específicos.....	36
5.3	Modelo Teórico Práctico.....	37
5.4	Operacionalización de Variables.....	38
5.5	Marco metodológico.....	45
5.5.1	Enfoque	45
5.5.2	Tipo de estudio.....	45
5.6	Población a estudiar.....	46
5.7	Criterios de selección.....	46
5.8	Criterios de exclusión.....	46
5.9	Criterios de Eliminación.....	47
5.10	Técnicas e instrumentos de recopilación de la información.....	47
5.10.1	Prueba piloto.....	47
5.10.2	Instrumento.....	48
5.10.3	Tamaño de la muestra.....	49
5.10.	Recopilación de la información.....	51
6.	Análisis de la Información y Resultados.....	52
6.1	Gráficos e interpretación.....	52
7.	Conclusiones y Recomendaciones.....	81
7.1	Conclusiones.....	81
7.2	Recomendaciones.....	84
	Referencias Bibliográficas.....	86

Bibliografía.....90

Anexos

ÍNDICE DE GRÁFICOS.	Pag.
Gráfico 1. Internamiento de primera vez o subsecuente.....	52
Gráfico 2. Clasificación asignada por trabajo social.....	53
Gráfico 3. Paciente o familiar el que responde	54
Gráfico 4. Edad del encuestado.....	54
Gráfico 5. El médico lo saludó y proporcionó su nombre	55
Gráfico 6. Fue el médico claro en sus indicaciones.....	55
Gráfico 7. El médico orientó sobre el padecimiento.....	56
Gráfico 8. El médico resolvió sus dudas	56
Gráfico 9. El médico cumplió con sus expectativas	57
Gráfico 10. El personal de enfermería proporcionó su nombre.....	57
Gráfico 11. Enfermería fue amable y cordial	58
Gráfico 12. Enfermería brindó confianza para realizar procedimientos.....	58
Gráfico 13. Enfermería cumplió con sus expectativas	59
Gráfico 14. Personal de trabajo social le proporcionó su nombre.....	60
Gráfico15. Trabajo social fue amable	60
Gráfico 16. Trabajo social explicó las funciones que desempeña	61
Gráfico 17. Trabajo social explicó claramente los trámites a realizar	61
Gráfico 18. Personal de seguridad fue amable	62
Gráfico 19 Personal de seguridad fue respetuoso	62
Gráfico20. El lenguaje empleado fue correcto por personal de seguridad	63
Gráfico 21. Los trámites administrativos fueron claros	63
Gráfico 22. Los trámites administrativos fueron rápidos	64
Gráfico23 Servicio limpio y ordenado	64
Gráfico 24. Ventilación adecuada	65
Gráfico 25. Percepción que el material y equipo empleado acorde a necesidades ..65	65
Gráfico 26. Señalamientos claros	66
Gráfico 27. Espacio de la institución suficiente.....	66
Gráfico 28. Mobiliario apropiado	67
Gráfico 29.Percepción de la cuota correcta de acuerdo con la atención recibida	67

Gráfico 30. Recomendaría el instituto	68
Gráfico 31. Reconocimiento del instituto a nivel nacional e internacional	68
Gráfico 32. Acudiría nuevamente al instituto	69
Gráfico 33. Resolución del problema ha sido o está siendo resuelto	69
Gráfico 34. Percepción adecuada de la calidad de atención en general	70
Gráfico35. Instituto suficientemente grande para atender a la población	70

GRÁFICOS DE CONTINGENCIA.

Gráfico 36. Clasificación asignada por trabajo social y percepción de la atención en general	71
Gráfico 37. Clasificación por trabajo social y percepción de cuota de acuerdo con la atención recibida	72
Gráfico 38. Internamiento de primera vez o subsecuentes y percepción de la atención en general	73
Gráfico 39. Clasificación asignada por trabajo social y mobiliario apropiado	74
Gráfico40. Paciente o familiar el que responde y percepción del a atención en general	75

GRÁFICOS POR SERVICIO.

Gráfico 41. El médico lo saludó y proporcionó su nombre.	76
Gráfico 42. El médico cumplió con sus expectativas	77
Gráfico 43. El persona de enfermería cumplió con sus expectativas	78
Gráfico 44. El personal de trabajo social fue amable	79
Gráfico 45. El personal de seguridad fue amable	80

INTRODUCCIÓN.

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez es una institución hospitalaria especializada la cual siempre en busca de calidad en sus procesos, el tener personal calificado y acorde al nivel de la institución tiene la necesidad de evaluar la calidad a través de un elemento fundamental; los usuarios que son a fin de cuentas para los que se trabaja en los servicios de salud.

Una institución que no encamine sus objetivos a la búsqueda y consecución de la calidad de las personas, de los bienes y de los servicios es una empresa que se rezagará.(1)

Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados (2)

En nuestro país, los hospitales del sector público enfrentan realidades parecidas y pese a los esfuerzos por brindar un mejor servicio los usuarios siguen manifestando insatisfacción por la atención que reciben, es por esto la razón de detectar la percepción de los usuarios sobre los servicios que reciben, para buscar en consecuencia una mejora continua en la calidad La calidad de la atención es un área de desarrollo dentro del sector público y desde 1997 se impulsan líneas de acción como son: en la SSA, establecer un diagnóstico basal en las unidades y a partir del mismo implementar programas de mejoría de la calidad(3)

En el año 2001 hay un renovado esfuerzo, más amplio, integral y participativo, para mejorar la calidad de los servicios públicos y privados con la "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", que incluye la definición y registro de indicadores de calidad en unidades y la conformación de una red nacional de monitoreo, la capacitación de trabajadores y directivos en áreas que inciden en la calidad de los servicios, la elaboración y divulgación de derechos de los pacientes y de códigos de ética de enfermeras y médicos, así como el otorgamiento de apoyos técnicos y financieros federales a proyectos locales que apuntan a mejorar la calidad asistencial.(4)

La certificación de hospitales implica el cumplimiento de varios requisitos vinculados con la capacitación, organización disponibilidad y eficiencia en el uso de los recursos institucionales.(5)

Buscando la calidad el gobierno mexicano ha implementado la carta compromiso de calidad en las instituciones que implica el nivel de cumplimiento el cuál es el grado en que una institución pública cumple con los compromisos de servicio publicados en dicha carta.

Entre los cuales se encuentra el cumplimiento externo que es el resultado de las encuestas de satisfacción que los usuarios contestan después de realizar el trámite.(6)

Se identifican tres grandes retos en el sistema de salud mexicano actual: la equidad, la calidad y la protección financiera. La calidad se consigue evaluando el proceso tecnológico y también modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad del producto.(7)

Durante la última década, los países de América Latina han venido impulsando una serie de cambios que han afectado la organización de sus respectivos Sistemas de Salud.(8)

El organismo internacional de normalización, ISO 9000, en su norma 8402, ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere la capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. En el desempeño óptimo de la organización, los integrantes se encuentran cumpliendo con todos los requisitos establecidos y normalizados hacia la del búsqueda de cero defecto, para brindarle satisfacción al cliente.(9)

Con el presente trabajo se pretende realizar una investigación en el Instituto Nacional de Cardiología por sus diferentes servicios para evaluar a través de pacientes y familiares, si se está progresando hacia las metas específicas de la institución y detectar desviaciones en las mismas, identificar áreas problemas que puedan requerir atención especial ya que el usuario es el mejor juez de la atención que recibe y de las carencias que pueda tener. Todo esto permite mejorar las prácticas y la investigación sirva de modelo para un proceso continuo de buscar la excelencia en la calidad de la institución, identificar la perspectiva del usuario en que servicios se

está fallando y sirva como un instrumento para la asignación de recursos y para la formulación de políticas en el país. Además que será una posibilidad de acuerdo a los resultados obtenidos implementar cambios en busca de la mejora de la institución.

Este trabajo se pretende sirva para evaluar la calidad y hacer propuestas para mejorar la misma en el instituto, así mismo pueda servir como punto de comparación para otros estudios similares. La evaluación de la calidad de las instituciones del sector salud debe alentar la mejora de la atención y de los procesos involucrados en la prestación de servicios de salud.

Tendrá una contribución al avance del conocimiento ya que servirá como apoyo para desarrollar estándares de calidad ya que si bien los hay, se debe considerar como un programa de mejora continua para buscar la excelencia en las instituciones de salud.

En el capítulo 1 se realizará un breve análisis histórico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez desde su origen, estructura, funcionamiento, su impacto y el planteamiento del problema que da origen a ese trabajo.

En el capítulo 2 se presentará el marco normativo tanto de la institución como a nivel nacional e internacional que regulan el presente estudio.

En el capítulo 3 se expondrá el marco teórico, abarcará desde el concepto de calidad, antecedentes históricos, los diferentes enfoques teóricos de la calidad, así como el enfoque de calidad sobre satisfacción del usuario.

En el capítulo 4 se presentará el marco de referencia en el cual se expone investigaciones realizadas que sirven de apoyo al presente estudio, en el capítulo 5 el diseño de la investigación, en el capítulo 6 el análisis de la información y resultados por medio de gráficos y por último en el capítulo 7 las conclusiones y recomendaciones.

RESUMEN

La percepción de pacientes y familiares sobre la atención de algunos servicios del Instituto Nacional de Cardiología no es la idónea, ya que a pesar de ser una organización que ha ido creciendo de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos en su ramo, este crecimiento no ha sido homogéneo en todo el instituto, ya que se refleja en ciertas áreas un mayor predominio de recursos físicos y humanos que en otras, por lo cual el realizar una estrategia que ponga al descubierto las deficiencias en que se incurre en la institución para lograr un desempeño óptimo es indispensable.

Con el fin de evaluar la calidad del instituto a través de la perspectiva de pacientes y familiares se plantea utilizar el modelo de Avedis Donabedian basado en estructura, proceso y resultado adaptado para el presente estudio.

Se considera un estudio con enfoque mixto, observacional, longitudinal transversal con una muestra aleatoria estratificada, con intención descriptivo, analítico y propositivo.

Palabras Clave: Satisfacción del Usuario, Calidad, Instituto Nacional de Cardiología, Avedis Donabedian.

1. INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ

El Instituto Nacional de Cardiología es una Institución descentralizada del Sector Salud con autonomía técnica y administrativa regido por patronato que preside el secretario de salud. Recibe un subsidio del gobierno federal a través de la Secretaría de Salud del 90% del presupuesto total, el resto lo recibe por medio de cuotas de recuperación de los pacientes. Es una institución con reconocimiento internacional que está consciente que mejorar la salud es una meta universal.

Ubicación

Juan Badiano No. 1 Sección XVI C.P. 14080 viaducto Tlalpán y periférico

Misión

- Brindar atención médico-cardiológica de alta especialidad con calidad y calidez a la población de escasos recursos preferentemente a la que carece de seguridad social.
- Fungir como centro de investigación
- Formar especialistas en cardiología y ramas afines
- Ser instrumento de ayuda social y humana que pugne por la prevención de las cardiopatías y ayude a la rehabilitación física y espiritual de los enfermos.

Visión

- Continuar siendo una institución de liderazgo nacional en el campo de la cardiología con respeto y presencia internacional.
- Llegar a ser modelo de la organización pública que canalice con oportunidad y eficiencia los recursos disponibles para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Evolucionar al ritmo de los cambios vertiginosos del entorno internacional.

Políticas

- Colaborar sin reservas entre todas las unidades para dar lo mejor al enfermo
- Enriquecer al grupo con las personas más capacitadas por sus conocimientos, experiencias profesionales, trato adecuado y humanístico que dan al paciente.
- Emplear a las personas que tengan experiencia

Los objetivos del Instituto Nacional de Cardiología se basan en los principios de asistencia, investigación y educación.

Asistencia

El Instituto desea ofrecer atención en Cardiología y especialidades afines con alto nivel de calidad, moderna y eficiente, cuidando siempre la dignidad, el bienestar y la calidez del enfermo durante todo el proceso de atención; ésta atención esta enfocada a la población abierta económicamente débil, cuya necesidad de atención requiera de recursos humanos y materiales altamente especializados. Este objetivo ha sido logrado gracias al excelente personal médico y de enfermería quienes han compartido intensamente la vida del Instituto y han contribuido a conformar el prestigio de la atención integral que se ofrece a los pacientes.

Investigación

Desde sus inicios el Instituto se ha preocupado por participar en las actividades de la comunidad científica nacional e internacional mediante la generación, difusión y expansión del conocimiento científico; verificando el generado por otros, fomentando además la investigación básica, clínica y el desarrollo tecnológico.

Enseñanza

Otro de los objetivos es fungir como centro docente de difusión y propagación del conocimiento científico a través de la enseñanza y formación de recursos humanos, nacionales y extranjeros, comprometidos con la excelencia académica

y la difusión del saber; a niveles profesional y de posgrado, con énfasis en Cardiología y Ciencias Médicas relacionadas.

1.1 Origen

Los cambios fundamentales en la mentalidad del país como consecuencia de la Revolución Mexicana de 1910, se reflejaron en su vida médica, su Universidad y sus Hospitales. El año de 1924 puede situarse como el inicial de una reforma médica, que partió del Hospital General de la Ciudad de México en donde se comienza a desmembrar la medicina general para dar paso a las especialidades. Así, el primer departamento de especialidad médica en nacer fue el de Cardiología, que tuvo su primer servicio en 1924, y fue confiado al Dr. Ignacio Chávez Sánchez durante un lapso de 20 años, hasta 1944 en que se inaugura el Instituto Nacional de Cardiología.

En 1927 el Dr. Ignacio Chávez tenía la firme idea de crear un Instituto que fuera algo más que un hospital para cardíacos. Un lugar en donde se impartiera asistencia médica no sólo de alta calidad científica sino además con calor humano dirigida a una población económicamente débil y necesitada, en años en los que la Seguridad Social en México aún no se iniciaba. Aunado a esto, se pretendía que dicho Instituto contara con una escuela que fuera un foco de difusión de doctrinas médicas avanzadas. Fomentar la investigación científica, aquélla que creara ciencia propia y no se concretara a importar y asimilar la extranjera.

El Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez nace en 1944 ubicándose en la Av. Cuauhtémoc, en la Ciudad de México en donde funciona por 32 años, desde el 18 de abril de ese año hasta el 17 de octubre de 1976, fecha en la que se muda a sus actuales instalaciones en la zona de Tlalpan, en esta misma ciudad; logrando con éste cambio ampliarse y modernizarse de acuerdo a las necesidades médicas de hoy.

Es el primero en su género que se formó en el mundo. La característica esencial de un instituto como este es su carácter polifacético, su visión integral del problema cardiológico. Es un centro hospitalario para la atención de enfermos. Un

gran laboratorio de investigación, de la ciencia básica y la del tipo clínico aplicada, una escuela para enseñar la cardiología a la profesión médica y formar cardiólogos especializados. Un centro de rehabilitación de enfermos cardíacos, un centro de prevención de las enfermedades cardiovasculares. Es una agencia de ayuda social y humana para los cardíacos.

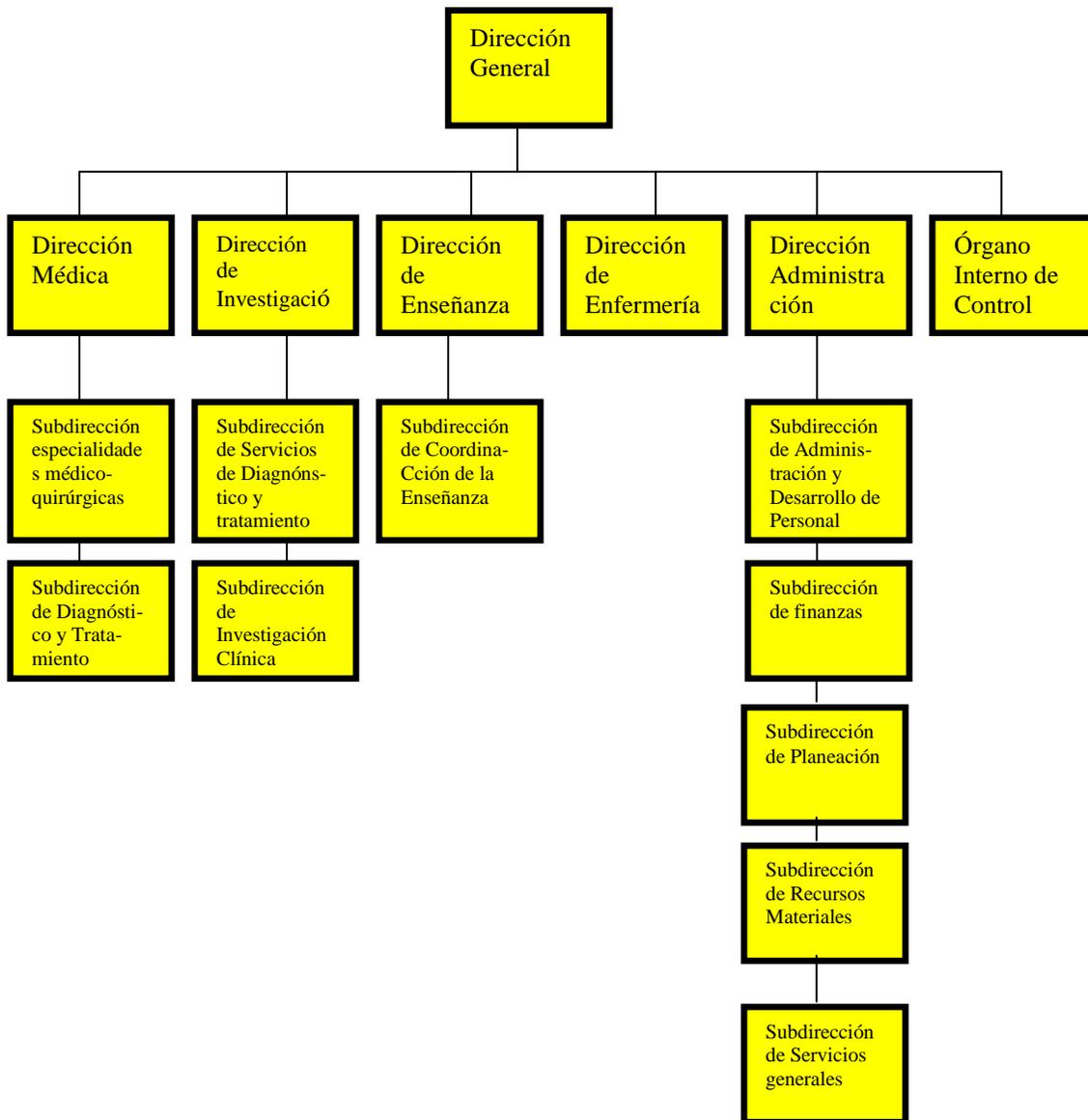
1.2 Estructura

El Instituto Nacional de Cardiología cuenta con una Dirección General, de la cuál se desprende la dirección médica, de investigación, de enseñanza, de enfermería, administración y órgano de control interno de las cuáles se desprenden las subdirecciones hasta llegar al nivel operativo. Ver Figura No. 1

El área asistencial se encuentra dividido en:

- Primer piso Consulta Externa
- Segundo Piso-Unidad coronaria
- Tercer piso- Hospitalización adultos
- Cuarto Piso. Cardioneumología
- Cuarto piso. Cardionefrología
- Quinto Piso Terapia Intensiva e Intermedia Posquirúrgica
- Quinto Piso. Sala de Operaciones
- Sexto piso. Cardiopediatría
- Séptimo Piso. Hospitalización Adulto
- Octavo Piso. Semipensionistas
- Noveno Piso. Pensionistas
- Banco de sangre

Figura No 1. Organigrama del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Estructura dictaminada por la Secretaría de Salud



Fuente: Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2005

1.3 Funcionamiento

Los usuarios pueden acceder al servicio vía consulta externa, unidad coronaria que en el ámbito cardiológico equivale al servicio de urgencias y a través de traslados intrahospitalarios.

El instituto atiende a personas indigentes y desprotegidos, que no cuentan con ningún tipo de atención por parte de instituciones de salud. La atención se lleva a cabo a población abierta, esto es que toda persona puede tener acceso a la institución, sin embargo los usuarios que son derechohabientes de otras instituciones como IMSS o ISSSTE u otras instituciones con afiliación se someterán a cuotas de pacientes privados.

El cobro de cuotas en el Instituto Nacional de Cardiología se lleva a cabo de acuerdo a estudio socioeconómico partiendo de escala "1" para pacientes de escasos recursos hasta la clasificación "8" que corresponde a los de mayor ingresos o derechohabientes de otras instituciones.

1.4 Impacto.

El número de egresos hospitalarios que tiene el Instituto Nacional de Cardiología corresponde a 5,798 egresos y 108,047 consultas para el 2007 de manera global los cuáles se reflejan en la población atendida por los diferentes servicios. Ver Tabla 1

El 50% de los enfermos atendidos proviene del Distrito Federal, el 21% del estado de México, el 14% de las entidades del centro: Michoacán, Guanajuato, Hidalgo, Puebla y Morelos y el restante 15% de otras regiones(5) . Al medir el desempeño de la institución por parte de los usuarios de diversas entidades puede dar un panorama global y desde diferentes enfoques de el tipo de atención que se esta proporcionando a nivel nacional por el Instituto Nacional de Cardiología.

El INC tiene una capacidad de 259 camas censables y 35 camas no censables.

Promedio de ocupación de 72.5% y el promedio de estancia es de 10 a 17 días.

La edad de los pacientes que se atienden en este instituto es la siguiente:

Adultos Mayores (60 años en adelante) 33%
 Personas entre 20 y los 59 años 49%
 Menores de 20 años 18%

Tabla 1. Población atendida en el Instituto Nacional de Cardiología 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consulta Externa	108,025	112,862	112,091	108,477	104,585	108,047
Segundo Piso	804	654	608	698	760	715
Tercer Piso	686	805	645	520	751	710
Cuarto Piso	507	541	542	650	689	739
Quinto Piso	147	125	137	167	126	144
Sexto Piso	687	728	730	815	769	772
Séptimo Piso	648	1217	723	639	689	662
Octavo Piso	406	412	385	380	397	472
Noveno Piso	405	418	428	408	472	477

Fuente: Instituto Nacional de Cardiología, Coordinación de Investigación, 2008

1.5 Planteamiento del Problema

La percepción de pacientes y familiares sobre la atención de algunos servicios del Instituto Nacional de Cardiología no es la idónea, ya que a pesar de ser una organización que ha ido creciendo de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos en su ramo, este crecimiento no ha sido homogéneo en todo el instituto, ya que se refleja en ciertas áreas un mayor predominio de recursos físicos y humanos que en otras, por lo cual el realizar una estrategia que ponga al descubierto las deficiencias en que se incurre en la institución para lograr un desempeño óptimo es indispensable. En toda organización es necesario llevar controles para determinar si el personal dentro de las instituciones se esta conduciendo acorde a los objetivos o en qué y donde se pueden mejorar las prácticas y así el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez no es la excepción.

Es común escuchar de propia voz quejas por parte de pacientes y familiares de la deficiente atención proporcionada en los sistemas de salud en México, pero la pregunta es, ¿qué se hace al respecto?, por lo cual se plantea diagnosticar la problemática desde la perspectiva de la satisfacción del usuario para buscar un nuevo enfoque de la atención de calidad.

2. MARCO NORMATIVO

2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4. Toda persona tiene derecho a la protección a la salud la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general. (10).

2.2 Ley General de Salud

Artículo 5. El sistema nacional de salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de protección a la salud.

Artículo 6o.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y

culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Artículo 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica
- II. De salud pública, y
- III. De asistencia social.

Artículo 25.- Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 26.- Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Artículo 35.- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables

Artículo 36.- Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición, será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos déciles establecidos por la Secretaría de Salud.

Artículo 37.- Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

Artículo 50.- Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 52.- Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.

Artículo 53.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de

probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.(11)

2.3 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de Atención Médica

Artículo 7o.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

I.- Atención médica.- El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud;

II.- Servicio de atención médica.- El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos;

III.- Establecimiento para la atención médica.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;

IV.- Demandante.- Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica;

V.- Usuario.- Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica;

VI.- Paciente ambulatorio.- Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización;

VII.- Población de escasos recursos.- Las personas que tengan ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, así como sus dependientes económicos.

Para efectos del párrafo anterior el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socio-económico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la Secretaría de la zona correspondiente, y todo aquel usuario de servicios de atención médica que se encuentre encamado en una unidad hospitalaria.

Artículo 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 49.- El usuario deberá sujetarse a las disposiciones de la institución prestadora de servicios de atención médica en relación al uso y conservación del mobiliario, equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición.

Artículo 51.- Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica, presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados.

Artículo 52.- Ante cualquier irregularidad en la prestación de servicios de atención médica, conforme a lo que establece la Ley y el presente Reglamento, toda persona podrá comunicarla a la Secretaría o las demás autoridades sanitarias competentes.

Artículo 69.- Para los efectos de este Reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación.

III.- Instituto: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a

personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad. (12).

2.4 Ley Orgánica de la Administración Pública federal

Artículo 45.- Son organismos descentralizados las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, cualquiera que sea la estructura legal que adopten. (13)

2.5 Ley de los Institutos Nacionales de Salud

Artículo 2. Para los efectos de esta ley se entenderá por:

Institutos Nacionales de Salud, a los organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el Sector Salud, que tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional;

Artículo 56. Los Institutos Nacionales de Salud prestarán los servicios de atención médica, preferentemente, a la población que no se encuentre en algún régimen de seguridad social.

Artículo 57. La Secretaría de Salud evaluará la calidad de la infraestructura hospitalaria y de los servicios de atención médica que presten los Institutos. (14).

2.6 Código de conducta del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

1. Cumplimiento de las obligaciones laborales.

- El personal del instituto tiene como su más importante deber el cuidado y atención de los pacientes que acuden a solicitar los servicios, y deberá poner a su disposición todos los conocimientos, educación y disciplina para ofrecer la mejor atención.
- El personal del instituto deberá cuidar de su presentación, atender con corrección, identificarse portando su gafete, uniforme y otros aditamentos o instrumentos que protejan su salud o integridad física.

2. Conocimiento de aplicación de leyes y normas.

-Todo el personal deberá conocer, respetar y aplicar las leyes, reglamentos, normas, políticas, lineamientos y programas con los cuales se regula el instituto, sean estos de cualquier nivel.

-Todo el personal deberá conducirse con honestidad e integridad en todos los aspectos del trabajo para prevenir comportamientos que estén fuera de la ética profesional ante la ley.

3. Uso y aplicación de recursos y fondos.

-Los recursos humanos, materiales y financieros deberán ser utilizados exclusivamente para el beneficio del instituto, así como para el cumplimiento adecuado de su misión.

-Los recursos deberán ser asignados de manera transparente, justa e imparcial para que se realice de manera eficiente el trabajo, bajo principios de racionalidad y ahorro.

4. Uso responsable y transparente de la información.

- Se deberá proporcionar la información a la sociedad de manera veraz y oportuna, sin criterios de discrecionalidad, utilizando los conductos adecuados, siempre y cuando se tenga pleno conocimiento de la información.

6. Desarrollo permanente e integral.

Se deberá buscar de manera permanente la actualización y formación profesional del personal del Instituto para el mejoramiento del desempeño, en todos los niveles.

8. Responsabilidad profesional y laboral

Se deberá ofrecer siempre al enfermo el tiempo, la dedicación y la eficiencia como partes fundamentales de la responsabilidad profesional. También es conveniente mantenerlo informado ampliamente sobre el tratamiento o los procedimientos que tiene que seguir.

10. Seguridad, salud y medio ambiente

Proveer al personal, pacientes y visitantes de un medio ambiente seguro y saludable. (15).

3. MARCO TEORICO: CALIDAD

3.1 Definición

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad, entre muchas otras acepciones. (16)

La calidad se define como "Un proceso de mejoramiento continuo, en donde todas las áreas de la empresa participan activamente en el desarrollo de productos y servicios, que satisfagan las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad".(17)

La calidad puede definirse como el "conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente" (18).

Conjunto de propiedades y características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas. Así tenemos que el control de la calidad es el proceso de regulación a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas o las especificaciones y actuar sobre la diferencia. (19)

Existen otros conceptos de calidad tales como:

Edwards Deming: "la calidad no es otra cosa más que "Una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua"(20)

Dr. J. Juran: la calidad es "La adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente".(21)

Kaoru Ishikawa define a la calidad como: "Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor".(22)

Rafael Picolo, Director General de Hewlett Packard: define "La calidad, no como un concepto aislado, ni que se logra de un día para otro, descansa en fuertes

valores que se presentan en el medio ambiente, así como en otros que se adquieren con esfuerzos y disciplina”(23)

3.2 Antecedentes históricos

La historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo. La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi.. Los fenicios también utilizaban un programa de acción correctiva para asegurar la calidad, con el objeto de eliminar la repetición de errores. En los vestigios de las antiguas culturas también se hace presente la calidad, ejemplo de ello son las pirámides Egipcias.(24)

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca. Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano. Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió, el taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción. La era de la revolución industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia del alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario.(25)

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es producción. Con las aportaciones de Taylor, la función de inspección se separa de la producción; los productos se caracterizan por sus partes o componentes intercambiables, el mercado se vuelve más exigente y todo converge a producir. El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de la empresa. Como ya no era el caso de un operario que se dedicara a la

elaboración de un artículo, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en forma masiva. Durante la primera guerra mundial, los sistemas de fabricación fueron más complicados, implicando el control de gran número de trabajadores por uno de los capataces de producción; como resultado, aparecieron los primeros inspectores de tiempo completo la cual se denominó como control de calidad por inspección.(26)

Las necesidades de la enorme producción en masa requeridas por la segunda guerra mundial originaron el control estadístico de calidad, esta fue una fase de extensión de la inspección y el logro de una mayor eficiencia en las organizaciones de inspección. A los inspectores se les dio herramientas con implementos estadísticos, tales como muestreo y gráficas de control. Esto fue la contribución más significativa, sin embargo este trabajo permaneció restringido a las áreas de producción y su crecimiento fue relativamente lento. Las recomendaciones resultantes de las técnicas estadísticas, con frecuencia no podían ser manejadas en las estructuras de toma de decisiones y no abarcaban problemas de calidad verdaderamente grandes como se les prestaban a la gerencia del negocio.(27)

Esta necesidad llevó al control total de la calidad. Solo cuando las empresas empezaron a establecer una estructura operativa y de toma de decisiones para la calidad del producto que fuera lo suficiente eficaz como para tomar acciones adecuadas en los descubrimientos del control de calidad, pudieron obtener resultados tangibles como mejor calidad y menores costos. Este marco de calidad total hizo posible revisar las decisiones regularmente, en lugar de ocasionalmente, analizar resultados durante el proceso y tomar la acción de control en la fuente de manufactura o de abastecimientos, y, finalmente, detener la producción cuando fuera necesario. Además, proporcionó la estructura en la que las primeras herramientas del control (estadísticas de calidad) pudieron ser reunidas con las otras muchas técnicas adicionales como medición, confiabilidad, equipo de información de la calidad, motivación para la calidad, y otras

numerosas técnicas relacionadas ahora con el campo del control moderno de calidad y con el marco general funcional de calidad de un negocio.(28)

3.3 Enfoques Teóricos

3.3.1 Modelo de Avedis Donabedian

Avedis Donabedian en los 60's sistemiza el abordaje de la calidad en el campo de los servicios de salud. Propuso un concepto de calidad que implica el aspecto técnico-científico. Centra la evaluación de la calidad de los servicios de salud en los desempeños de tres enfoques; estructura, proceso y resultados, ahora clásicos dentro de la investigación evaluativa de los servicios de salud.(29)

Donabedian considera cuatro elementos que integran la calidad de la atención: la accesibilidad, el componente técnico-científico, la relación interpersonal médico-paciente y las comodidades del entorno, siendo los factores resultantes grado de atención, costos y riesgos y beneficios.(30)

La dimensión técnica para Donabedian es la más importante ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles a favor del paciente.(31)

Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas.(32)

El modelo entonces propuesto por Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, procesos y resultados.(33)

Otros autores plantean constructor sobre la calidad que, junto a las anteriores, contemplan otras variables como: condiciones personales y coste/comodidad; financiamiento, eficacia/resultados, continuidad y disponibilidad. Hall y Dorman identifican, a través de un meta análisis, 12 dimensiones sobre la satisfacción en 221 trabajos que analizan.(34)

Priorizadas en función de la frecuencia con que los estudios revisados las incluían son: sentimientos humanos, información, calidad global, competencia, satisfacción global, burocracia, acceso, coste, instalaciones y resultado. También desde la perspectiva del marketing de servicios algunos trabajos plantean la profesionalidad y

habilidad, las actitudes y el comportamiento, la accesibilidad y la flexibilidad, la confianza, la mejora y credibilidad y la reputación, como dimensiones útiles para valorar la orientación del servicio hacia el cliente.(35)

3.3.2 Modelo SERVQUAL

El modelo que goza de una mayor difusión es el de Parasuraman, considera cinco dimensiones de calidad: elementos tangibles, fiabilidad, interés, garantía y empatía.(25)

Diseñan un instrumento, SERVQUAL, para medir percepciones de la calidad de un servicio. Se define la calidad del servicio como una función de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la empresa. De esta forma el cliente valorará negativamente o positivamente la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean superiores o inferiores a las expectativas que tenía.(36)

El cuestionario SERVQUAL se realizó en base a 22 ítems. El cuestionario distingue dos partes:

- La primera dedicada a las expectativas, donde se recogen afirmaciones que tratan de identificar las expectativas generales de los clientes.
- La segunda dedicada a las percepciones, formada por las mismas afirmaciones anteriores donde la única diferencia es que no hacen referencia a un servicio específico sino a lo que reciben de una empresa concreta que pertenece a dicho servicio.

La sección de expectativas recoge las expectativas de los clientes para una categoría de servicios genérica; la sección de percepciones mide las valoraciones de un cliente sobre una empresa particular.(37)

Con la información obtenida de los cuestionarios se calculan las percepciones menos las expectativas para cada pareja de afirmaciones, a través de un análisis cuantitativo que suele incluir el cálculo de puntuaciones medias para cada dimensión a partir de los ítems que la integran, cálculo del índice global de la calidad del servicio a partir de la realización de una media de los valores medios de cada una de

las dimensiones, análisis de regresión para determinar la importancia de cada una de las dimensiones como variables explicativas de la variación global, y análisis conjunto aplicado a las dimensiones. De esta forma se obliga al cliente a decidir y priorizar que dimensiones son las realmente importantes.(38)

3.3.3 Modelos de las Deficiencias o de los Gaps

Propuesto por Zeithaml y Berry (1988) proponen una extensión y mejora al modelo SERVQUAL basado en las controversias que el mismo ha suscitado, se tratan de identificar las causas de un servicio deficiente, así se identifica la diferencia entre expectativas y percepciones del servicio recibido, a partir de cuatro posibles diferencias o gaps:

GAP 1: discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la dirección de la empresa tiene sobre dichas expectativas.

GAP 2: discrepancia entre la percepción que los directivos tiene sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad del servicio.

GAP 3: discrepancia entre las especificaciones de calidad, diseño del servicio y el servicio realmente ofrecido.

GAP 4: discrepancia entre el servicio realmente ofrecido por la empresa y lo que se comunica a los clientes acerca de él. (39)

3.3.4. Modelo SERVPERF

Basado en el modelo SERVQUAL Cronin y Taylor (1992) crean un nuevo instrumento denominado SERVPERF, basado únicamente en las percepciones, así la calidad del servicio será tanto mejor cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones. Centran su crítica en la consideración de las expectativas del cliente para medir la calidad. Es una escala elaborada en base a los mismo ítems que la escala SERVQUAL(39)

3.3.5. Modelo SERCAL

Basado en el modelo SERVQUAL Y SERVPERF, Hernán M., elabora el cuestionario SERCAL, que mide la opinión sobre calidad percibida de los usuarios de servicios de

salud en torno a 5 dimensiones: servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía y fidelidad con el servicio.

Es el resultado de distintas investigaciones centradas en evaluar la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios sanitarios y construido a partir de una metodología cualitativa y cuantitativa (40)

La valoración que el usuario manifieste sobre el servicio recibido va a proporcionar un indicador indirecto del funcionamiento del sistema, útil para elegir entre las diferentes alternativas de provisión de asistencia. (41)

3.4 Enfoque de Calidad sobre satisfacción del usuario

La evaluación de la calidad a través de la opinión usuario según Pallares N.L. fortalece la metodología propia del control de calidad, considerando que satisfacción del cliente es un buen indicador de resultado de la asistencia que ha recibido a lo largo su hospitalización, es importante que al pretender analizar sus expectativas se utilicen métodos que nos aproximen al conocimiento de sus opiniones ya sean favorables o desfavorables y siempre con el objetivo de producir mejora continua a través del análisis de éstas. El escuchar la voz del paciente permite mejorar la calidad y su opinión es una gran oportunidad de mejorar la calidad de los servicios.(42)

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan. (43)

En lo que respecta a la calidad percibida por el usuario, el interés se ha venido ampliando desde la mera percepción del trato recibido en el momento de la asistencia (que suele investigarse mediante encuestas post-hospitalización), hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los

cuidados entre niveles de atención, etc. De hecho, la calidad percibida (en su doble dimensión humana y administrativa) figura cada vez más como un factor que afecta y modula notablemente a la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados.(44)

Finalmente se llega a lo que hoy en día se conoce como Calidad Total, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con el concepto de Mejora Continua, es una estrategia de gestión donde toda la organización a través del cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los propietarios y de la sociedad en general por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que se dispone: personas, materiales, tecnología y sistemas productivos.(31)

Entre los principios fundamentales de este sistema de gestión encontramos los siguientes:

- Consecución de la plena satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo).
- Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos llevados a cabo en la empresa (implantar la mejora continua tiene un principio pero no un fin). (45)

La calidad se consigue no solo diseñando, ejecutando y evaluando el proceso tecnológico (calidad intrínseca), sino también modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas, es decir, la calidad percibida.(46)

Para Deming la calidad significa cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades, una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, confianza y trabajo en equipo. Se considera también calidad al conjunto de características de un producto proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dichos servicios.(47)

Dentro de una organización, la calidad puede referirse a diferentes aspectos de su propia actividad, tales como el producto o el servicio que se ofrece, el proceso, la

producción o sistema de prestación del servicio o bienes. La calidad se refiere a las características del producto que satisfacen las necesidades del consumidor, comprendiendo que este grado de satisfacción del producto se encuentra en relación con las exigencias del consumidor. Constituye un modo de ser del bien o servicio, subjetivo y distinto, según el punto de vista de quien la ofrece y quien la consume. Es necesario generar calidad a través de una gestión de la calidad , como una función directiva que determina y aplica la política de calidad, con los siguientes procesos y fases según Juran : planificación, control y mejora de calidad(49)

4. MARCO DE REFERENCIA

Actualmente los sistemas de salud se enfrentan a problemas como la complejidad de sus servicios, la limitación de los recursos, la rápida innovación y difusión de la tecnología y el aumento de las expectativas de los usuarios. Para la resolución de los mismos se hace necesaria la incorporación de sistemas de gestión de calidad.

Existen estudios tales como uno realizado en España denominado “Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Medico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves” el modelo usado denominado SERCAL adaptación de SERVQUAL (Servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía).(50)

Un estudio relevante que podemos encontrar es el realizado por el Instituto Mexicano del Seguro social denominado Evaluación del Desempeño de las Instituciones de Salud en el 2004 se llevó a cabo a través de la medición de 29 indicadores que describen la situación prevaleciente en procesos relevantes de la atención, como la mortalidad intrahospitalaria, la productividad, la disponibilidad de recursos, la calidad de la atención, la seguridad del paciente, el gasto e inversión, y el trato y la satisfacción de los usuarios de los servicios. Este análisis indica la eficiencia y la organización de los servicios de salud otorgados por las diferentes instituciones, y permite hacer un balance del desempeño institucional.(51)

Los resultados muestran las disparidades en la disponibilidad de recursos, la inequidad en el financiamiento y la ineficiencia en la utilización de los recursos, pero también apunta la productividad de ciertas instituciones y el grado de satisfacción que tienen los usuarios. Se consideraron instituciones tales como Secretaría de salud, IMSS, ISSSTE IMMS Oportunidades, PEMEX y Sedena.(52)

Las mediciones son de carácter objetivo y los sistemas de información no cuentan con suficientes indicadores de esta índole, razón por la que probablemente no todas las instituciones aportaron la información solicitada a este respecto. Los indicadores

utilizados fueron Hospitales certificados, recetas surtidas completamente y usuarios que hicieron compra adicional de medicamentos, en cuanto al ámbito de calidad.(54)

En el Instituto Nacional de Cardiología se llevó a cabo un estudio en el 2003 denominado Satisfacción del usuario como Indicador de Calidad. Es un estudio orientado al personal de enfermería a través de la evaluación del usuario. Se reconocen como indicadores: equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad en el seguimiento del proceso y confortabilidad.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, para determinar como percibe el usuario externo los servicios de enfermería en el instituto y en que grado se encuentra satisfecho de ellos, el universo de estudio fue todo usuario externo directo hospitalizado y aquellos que asistieron a la consulta externa en un periodo determinado, así como usuarios externos indirectos en las mismas condiciones.

Se utilizó como instrumento un cuestionario elaborado específicamente para la investigación con 14 ítems con preguntas cerradas.

Dicho estudio considera que el modo en que el usuario reciba y perciba los servicios reflejará un aspecto básico de la calidad sanitaria convenida.(55)

Al revisar la bibliografía se detectó que este estudio sienta un importante precedente al presente estudio e incluso realizado dentro de la misma institución, sin embargo en este trabajo se pretende realizar una investigación global del instituto y no enfocado solamente el servicio de enfermería.(36)

Destaca un estudio realizado en Perú denominado Percepción de la Calidad de Atención por el usuario externo del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión-Callao el cual considera que en los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional, uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. Las dimensiones que

considera el usuario para definir la calidad; se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención.(56)

Para el análisis de la variable percepción de la calidad de la atención se consideraron tres categorías: buena, regular y mala calidad de la atención con base en la percepción del usuario sobre la calidad de la atención global recibida en el servicio de emergencia.

Para el análisis inferencial, se utilizó la prueba z, la prueba de chi cuadrado de Pearson y el coeficiente de correlación Gamma.(58)

Además de la calidad total global, se considero la estructura, la calidez del servicio y la capacidad de respuesta.(59)

Otro estudio realizado es Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: perspectiva de los usuarios en 1998 cuyo objetivo fue describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. La información analizada partió de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, sin embargo la metodología utilizada no se pudo tener acceso a la misma.(60)

Un estudio muy interesante que se acerca a lo que se quiere realizar en el presente trabajo, es el denominado Análisis de la Opinión de Usuarios sobre Calidad percibida y Satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing que tiene por objetivo tiene como propósito identificar los componentes principales de gestión orientados al usuario, que tienen incidencia en sus percepciones de calidad, supone en definitiva, una comparación entre el servicio esperado y el servicio recibido.(61)

Para la calidad percibida, las propuestas más importantes han sido la escala SERVQUAL , que recoge informaciones sobre percepciones y expectativas para cada atributo, y la escala SERVPERF que recoge solamente percepciones. Se desarrolla a través de la aplicación de una encuesta, diseñada para tal efecto, a una muestra de usuarios de un hospital del sur de Chile.

Se realizó un muestreo por cuotas, teniendo en cuenta el tipo y porcentaje de atención cubierta por edades de los usuarios/pacientes, a partir de información proporcionada por su dirección.

Planteado sobre una escala Likert de siete puntos, dirigidos a obtener información sobre percepciones de los encuestados. Consideraba 28 afirmaciones, de las que se recogía desde «Nunca» (valor 1), hasta «Siempre» (valor 7), la opinión del usuario sobre la ocurrencia de aspectos de gestión orientados hacia la atención de sus necesidades de salud.

Se utilizó el programa SPSS 11.5. Análisis de fiabilidad y análisis factorial exploratorio, con método de extracción de componentes principales y rotación Varimax, para los dos aspectos en estudio. Posteriormente, análisis de regresión múltiple permitieron determinar el impacto de los factores extraídos sobre la calidad percibida y la satisfacción global de los usuarios.

En la I Cumbre de las Américas celebrada en Miami, Estados Unidos de América, en diciembre de 1994, los Gobiernos de la Región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de reforma del sector de la salud mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos de salud y de mejorar la calidad de esos servicios. Al año siguiente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la participación del Banco Mundial (BM), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de otras agencias internacionales, patrocinó una Reunión Especial sobre Reforma del Sector de la Salud donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social (1). Desde entonces, el mejoramiento de la calidad ha sido uno de los objetivos proclamados de las reformas del sector de la salud.(62)

La OMS debe reexaminar la metodología para la evaluación de la calidad de los sistemas de salud en estrecha colaboración con los países y con sus propios expertos de los diferentes grupos funcionales y regiones. La Organización debe desempeñar un papel crítico en el desarrollo de estándares, en reunir a los expertos para comparar y contrastar los diferentes enfoques que están siendo utilizados en los países.(63)

La identificación de los indicadores para medir la calidad de las diferentes dimensiones del sistema propuestos por la consulta Regional de las Américas son: los recursos, las funciones, las metas intermedias y las metas finales son fundamentales entre estos encontramos:

- Acceso (si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados);
- Pertinencia (si la prestación del servicio es relevante a las necesidades y si está basada en un estándares establecidos);
- Continuidad (cómo se relacionan los servicios entre sí, incluyendo coordinación, integración y conducción);
- Sostenibilidad (capacidad de los sistemas para proveer infraestructura, tales como fuerza laboral, establecimientos y equipos, además de ser innovadores y responder a las necesidades que puedan surgir);
- Eficiencia (ésta a menudo se concibe como eficiencia técnica, es decir la capacidad de lograr mejores resultados al más bajo costo);
- Competencia (prestadores de servicios con conocimientos y aptitudes apropiados para la atención que proveen);
- Aceptabilidad (cuán eficientes son los sistemas de salud frente a las expectativas de los ciudadanos).(64)

5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

5.1 Premisa

Con base en la experiencia desarrollada en instituciones nacionales y extranjeras es posible conocer la calidad de los servicios en el Instituto Nacional de Cardiología a través de la percepción de los usuarios externos, directos e indirectos, tomando en cuenta que el servicio es de calidad si el usuario queda satisfecho.

Las encuestas como medio de investigación son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos

5.2 Objetivos de la Investigación

5.2.1 Objetivo General.

Evaluar la calidad del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez a través de la perspectiva de pacientes y familiares.

5.2.2 Objetivos específicos

- Describir los aspectos generales del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
- Delimitar el marco normativo que conlleva el presente estudio.
- Definir el concepto de calidad.
- Evaluar las diferentes teorías acerca de la calidad.
- Utilizar la metodología propuesta por A. Donabedian sobre estructura, proceso y resultado
- Identificar que factores influyen sobre la opinión de pacientes y familiares acerca de la calidad
- Elaborar y aplicar una encuesta de opinión adaptada al Instituto Nacional de Cardiología sobre la calidad a los pacientes y familiares
- Analizar la percepción de los pacientes sobre la calidad del Instituto Nacional de Cardiología.
- Analizar la percepción de los familiares de los pacientes sobre la calidad del Instituto Nacional de Cardiología
- Detectar posibles deficiencias en ciertas áreas de la institución.
- Proporcionar sugerencias de mejora de la calidad en base a los resultados obtenidos.

5.3 Modelo Teórico Práctico

Para el presente estudio se propone el modelo teórico de Avedis Donebedian el cual se describió en el marco teórico en el apartado de enfoques teóricos. Centra la calidad de los servicios de salud en tres enfoques: estructura, proceso y resultado.

Por lo cuál basado en este modelo se propone realizar una encuesta de satisfacción de usuarios adaptada al Instituto Nacional de Cardiología y que sirva de base a instituciones similares para mediar la calidad de sus servicios.

Se entenderá por:

-Estructura física de la unidad

Incluye recursos físicos y materiales que posee la unidad prestadora de servicios, así como el buen cumplimiento de los procedimientos preescritos, de tal forma que con mayor tecnología puede esperarse una mejor calidad.

- Procesos de la unidad.

Comprende al conjunto de educación y formación académica, conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos que debe poseer el prestador de servicios y tanto mayor sea el grado de los mismos, más elevado será el grado de calidad.

Para la evaluación del proceso se propone evaluar la oportunidad en la atención, atención integral, satisfacción del prestador de servicios.

-Resultados

Las relaciones sociales que surgen entre el prestador de servicio y el usuario, a través de procesos de evaluación del comportamiento en relación con la satisfacción del usuario.

Para la evaluación se propone la capacidad resolutoria del servicio, la satisfacción del usuario, y la productividad y resultados de los programas.

5.4 Operacionalización de Variables

En base en el constructo se plantean las siguientes variables:

- Calidad en la atención: Se medirá la calidad en la atención en base a las necesidades y expectativas que tenga el usuario externo directo e indirecto

-Satisfacción del usuario: Se determinará de acuerdo a la plena satisfacción que ha recibido del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Las variables se medirán de acuerdo a los siguientes indicadores:

Indicador	Medición	Definición conceptual	Definición operacional	Como va a medir
Servicio	Cualitativa	El servicio es la unidad física en la que se divide el instituto	Se refiere al área física donde se aplicarán las encuestas	Aplicando el número de encuestas de acuerdo a la muestra estratificada determinada.
Internamientos	Cuantitativa	Internamiento se refiere al uso de las áreas de hospitalización para su tratamiento.	Internamiento de "primera vez" será en esta ocasión la primera vez internado y "dos o más" que ya haya tenido por lo menos algún internamiento previo	Se tabularán ambas respuestas para determinar el grado de acercamiento que ha tenido con el instituto

Indicador	Medición	Definición conceptual	Definición operacional	Como va a medir
Clasificación	Cuantitativa	La clasificación es el número que proporciona el instituto de acuerdo a estudio socioeconómico	La clasificación varía del 1 al 8 correspondiendo del más bajo nivel al más alto nivel socioeconómico respectivamente	Se cuestionará sobre la clasificación que la ha asignado el instituto al paciente, de no saberlo, se pedirá muestra adhesivo de identificación para corroborar
Usuario o Demandante	Cuantitativa	Aquella persona que para sí o para otro demanda el servicio.	El paciente es la persona que recibe el servicio o lo demanda y el familiar directo se considera al que con lazo sanguíneo o civil vela por la salud del paciente	Se cuestionará si es paciente o familiar el que contesta la encuesta
Edad	Cuantitativa	Periodo de vida en que se encuentra el encuestado	El periodo de vida dividido en 3 rubros para fines del estudio: 18-29 años 30-59 años Más de 60 años	Se cuestionará la edad del que contesta la encuesta para determinar predominios.
Indicador	Medición	Definición	Definición	Como va a

		conceptual	operacional	medir
		ESTRUCTURA		
Limpieza y orden	Cualitativa Dicotómica	Limpieza se refiere a la ausencia de suciedad. Orden a la colocación de cosas en el lugar que le corresponde	.Limpieza y orden corresponderá a si y no cuando cumpla o no el criterio de las definiciones respectivamente	Se preguntará al encuestado sobre su percepción de la limpieza y orden del servicio. Contestará si o no. Refiriendose el si a que se encuentra limpio y ordenado y el no a lo contrario
Ventilación	Cualitativa Dicotómica	Se refiere a la abertura o corrientes de aire que se establece en un lugar cerrado para ventilarlo	Se considerará adecuada o no adecuada la ventilación cuando cumpla o no los criterios de la definición	Se preguntará al encuestado sobre su percepción de la ventilación del servicio. Contestará si o no. Refiriendose el si a que se encuentra ventilado y el no a lo contrario
Material y Equipo	Cualitativa Dicotómica	Conjunto de lo necesario para realizar cualquier actividad	El material y equipo será acorde a las necesidades del usuario cuando se cuente con todo lo necesario para su correcta atención	Se preguntará al encuestado si considerà que la institución cuenta con material y equipo necesario para su atención. Se medirá la opinión en si o no

Indicador	Medición	Definición conceptual	Definición operacional	Como va a medir
Señalamientos	Cualitativa Dicotómica	Refiere a indicaciones adecuadas para dar a conocer áreas de un lugar	La claridad de los señalamientos dentro de la institución se considerarán o no claros de acuerdo a la percepción del encuestado	Se preguntará al encuestado sobre su percepción de la claridad de los señalamientos de las áreas y servicios. Contestará si o no.
Espacio	Cualitativa Dicotómica	Sitio o lugar	Se considera suficiente o no el espacio de la institución de acuerdo a la percepción del encuestado del área física.	Se cuestionará si el espacio con el que se cuenta en la institución es suficiente o no.
Mobiliario	Cualitativa Dicotómica	Conjunto de muebles	Se considerará apropiado o no apropiado el mobiliario si cumple o no con las expectativas del encuestado.	Se cuestionará si le parece apropiado o no el mobiliario de la institución.

Indicador	Medición	Definición conceptual	Definición operacional	Como va a medir
		PROCESO		
Atención recibida por el personal médico	Cualitativa	Se refiere al cuidar y ocuparse de las necesidades del usuario	Se considera una escala del 1 al 5 que va desde nunca a siempre respectivamente por niveles de apreciación por parte del encuestado.	Se cuestionará sobre su percepción de la atención que ha recibido por parte del personal médico.
Atención recibida por el personal de enfermería	Cualitativa	Se refiere al cuidar y ocuparse de las necesidades del usuario	. Se considera una escala del 1 al 5 que va desde nunca a siempre respectivamente por niveles de apreciación por parte del encuestado.	Se cuestionará sobre su percepción de la atención que ha recibido por parte del personal de enfermería.
Atención recibida por el personal de trabajo social	Cualitativa	Se refiere al cuidar y ocuparse de las necesidades del usuario	Se considera una escala del 1 al 5 que va desde nunca a siempre respectivamente por niveles de apreciación por parte del encuestado.	Se cuestionará sobre su percepción de la atención que ha recibido por parte de trabajo social.

Indicador	Medición	Definición conceptual	Definición operacional	Como va a medir
Atención recibida por el personal de seguridad	Cualitativa	Se refiere al cuidar y ocuparse de las necesidades del usuario	Se considera una escala del 1 al 5 que va desde nunca a siempre respectivamente por niveles de apreciación por parte del encuestado.	Se cuestionará sobre su percepción de la atención que ha recibido por parte del personal de seguridad.
Trámites Administrativos	Cualitativa	Cada uno de los estados o diligencias necesarias para ser usuario del instituto	Se considera una escala del 1 al 5 que va desde nunca a siempre respectivamente por niveles de apreciación por parte del encuestado.	Se cuestionará sobre la claridad y rapidez de los trámites administrativos.
		RESULTADOS		
Cuota	Cualitativo Dicotómico	Cuota se refiere a la retribución que obtiene el hospital por los servicios proporcionados	Se considera correcta o no la cuota que paga el usuario al instituto cuando a este último le parezca acorde a la atención recibida	Se cuestionará si le parece correcta o no la cuota que paga al instituto contestando como si o no
Indicador	Medición	Definición	Definición	Como va a

		conceptual	operacional	medir
Recomendación del insituto	Cualitativo Dicotómico	Se refiere al expresarse bien del instituto con otras personas	El tener en un concepto favorable el instituto para expresarse de él.	Se cuestionará si recomendaría el instituto, un si como afirmativo, un no, como negativo
Reconocimiento del instituto	Cualitativo Dicotómico	El reconocer al instituto entre los demás por sus rasgos o características.	Reconocer al instituto con posicionamiento en su área a nivel nacional e internacional, con un si de afirmativo, y no de negativo	Se cuestionará si se tiene el conocimiento de la importancia del instituto a nivel nacional e internacional.
Acudir nuevamente al instituto	Cualitativo Dicotómico	Recurrir a la unidad	Se considerará recurrirá o no nuevamente al instituto en caso de necesitarlo de acuerdo a su percepción buena o mala de los servicios recibidos.	Se cuestionará si acudiría un si como afirmativo y no como negativo al instituto nuevamente de llegarlo a necesitar.
Problema resuelto	Cualitativo Dicotómico	Cuando hay una solución a alguna cuestión	Se considera que el problema médico ha sido o está siendo resuelto si se esta tratando o se trató el mismo, o no.	Se cuestionará la percepción del encuestado sobre si su problema médico ha sido o está siendo resuelto.
Indicador	Medición	Definición	Definición	Como va a

		conceptual	operacional	medir
Calidad percibida	Cualitativo Dicotómico	Grado en que el usuario se siente satisfecho con el servicio recibido	Se considerará que la calidad le pareció adecuada o no de acuerdo a la satisfacción obtenida por parte del instituto.	Se cuestionará de manera general si la calidad del instituto le pareció adecuada o no.
Comentarios, quejas y sugerencias	Cualitativo	Expresiones de libre voluntad	Se refiere a situaciones para mejorar o sugerir cambios en la institución.	Se pedirá que de manera abierta externe alguna opinión.

5.5 Marco Metodológico

5.5.1 Enfoque

Enfoque Mixto. Tiene un enfoque mixto ya que se abordarán tanto de manera cualitativa como cuantitativa las variables.

5.5.2 Tipo de estudio.

El estudio que se está diseñando es observacional, con intención descriptiva, de análisis y propositivo, longitudinal transversal y con una muestra aleatoria estratificada, por las siguientes razones:

Observacional. Se considera observacional ya que dará lugar a una búsqueda de información por medio de la encuesta.

Descriptivo, Analítico y Propositivo. Tiene una intención descriptivo, analítico y propositivo ya que busca describir el sentir de la población, analizar las posibles fallas y proponer mejoras a las mismas.

Longitudinal Transversal. Se considera longitudinal transversal ya que se realizará en un momento y tiempo determinado.

Muestra aleatoria Estratificada. Se considera la muestra aleatoria estratificada ya que se realizará por servicios intrahospitalarios no teniendo estos el mismo número, ni tipo de población.

5.6 Población a estudiar

- Todo usuario externo directo e indirecto que haga uso de los servicios proporcionados por el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

5.7 Criterios de Selección.

- Todo usuario externo o familiar del mismo que al momento de la encuesta ya haya recibido atención al menos una vez de los servicios que otorga el Instituto Nacional de Cardiología
- Todo usuario externo o familiar del mismo cuyo periodo de internación en el instituto oscile entre 48 horas y 10 días
- Todo paciente o familiar del mismo mayor de 18 años.

5.8. Criterios de Exclusión

- Todo paciente o familiar del mismo menor de 18 años
- Todo paciente que aún no tenga clasificación de estudio socioeconómico proporcionada por trabajo social
- Todo paciente o familiar del mismo que no goze de claridad mental
- Todo paciente o familiar del mismo que no sepa leer y/o escribir
- Aquellos pacientes y familiares de los mismos que no sea de su interés cooperar en el estudio.

5.9 Criterios de Eliminación

- Aquellas encuestas que contengan dos o más respuestas para el mismo apartado
- Aquellas encuestas que no tengan claridad en sus respuestas

5.10 Técnicas e Instrumentos de Recopilación de la Información.

5.10.1 Prueba piloto

Se diseñó una encuesta basada en el modelo de Avedis Donabedian que comprende estructura, procesos y resultados adaptada a las necesidades del Instituto Nacional de Cardiología y al presente estudio.

El cuestionario para su elaboración tuvo la colaboración del comité de investigación del Instituto Nacional de Cardiología proporcionando sus aportaciones y la autorización para la aplicación del mismo.

Se aplicó la prueba piloto en la semana del 14 al 20 de julio del 2008 comprendiendo dos cuestionarios por cada servicio de los siguientes: consulta externa, unidad coronaria, hospitalización tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo y noveno piso.

Se desprendió de la prueba piloto que resultaba conveniente excluir el servicio de consulta externa ya que para los fines de tal servicio en que los pacientes en muchos de los casos son ambulatorios o no pertenecen a la población habitual del instituto requiere otro tipo de cuestionario ya que las preguntas deben ser enfocadas de otra manera.

Así mismo, se agregaron preguntas con respecto al mobiliario y a la capacidad del instituto para atender a la población de acuerdo a las observaciones hechas por los encuestados.

Se detectaron dificultades con respecto a la pregunta No.2 con respecto a la clasificación asignada por el instituto pero por ser una pregunta fundamental para el presente estudio ya que nos da muestra indirecta del estrato socioeconómico, se decidió conservarla y que en caso de no saberla el encuestado el encuestador la investigue por medio del personal del propio instituto.

Y por último para disminuir el tiempo de aplicación de la encuesta llevará impreso el servicio donde será realizada debido a que en la prueba piloto lo tenía que escribir el encuestado, en este caso como se sabe el número de encuestas por cada piso se marcará en donde se realizará a fin de que el encuestado no lo escriba.

5.10.2. Instrumento.

Se llegó al instrumento final de una encuesta basada en el modelo de Avedis Donabedian estructura, proceso, resultado y que además tiene un apartado de datos generales conservando el anonimato.

La encuesta se divide en tres módulos:

El módulo de estructura basado en respuestas dicotómicas de si y no, mide aspectos tales como limpieza, ventilación, tecnología, señalamientos dentro de la propia institución.

El módulo de proceso con respuestas del nivel 1 al 5, siendo 1 nunca, ninguno o no adecuado y el 5 correspondiéndole el valor de siempre, todas o adecuado pudiendo de acuerdo a escala y percepción del encuestado elegir el nivel de su preferencia evaluando la atención recibida por el personal médico, de enfermería, trabajo social y personal de seguridad; la claridad y rapidez de los tramites administrativos y las explicaciones proporcionadas por el personal de salud, así como la aclaración de dudas.

El módulo de resultados abarca respuestas dicotómicas de si y no, evalúa en general los resultados que se esperan de la institución, tales como si el usuario se encuentra satisfecho con la aportación económica que realiza al instituto, si recomendaría al instituto, si percibe al instituto como una institución reconocida, si acudiría nuevamente al instituto, el sentir de su problema médico, la calidad en

general del instituto y por último una pregunta abierta donde el usuario puede expresar alguna queja o sugerencia. Ver Anexo.

Instrumento	Reactivos
Encuesta para la Evaluación de la Calidad del Instituto Nacional de Cardiología contestada por pacientes y/o familiares	-Datos Generales 4 items
	Módulos:
	-Estructura 6 items
	-Proceso 18 items
	-Resultado 7 items

Para fines prácticos del instrumento se colocó en el siguiente orden la encuesta: datos personales, módulo proceso, módulo estructura y módulo resultado.

5.10.3. Tamaño de la muestra

Para la determinación del tamaño de la muestra se aplicó la fórmula normal estandarizada (65)

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

Donde

n= tamaño de la muestra

z= nivel de confianza

P= probabilidad de éxito

Q= probabilidad de fracaso

N= tamaño de la población

e= error muestral

Supuestos

Z = 2 = 95.45% de confianza

P= 0.5

Q= 0.5

N= 4691

e= 10%

P y Q se determinan de tal modo, ya que no se cuenta con experiencia estadística
N se determina de acuerdo al número de población atendida en el 2007. (Ver Tab 1

Por lo tanto:

$$n = \frac{(2)^2 (.5)(.5)(4691)}{(0.1)^2 (4691-1) + (2)^2 (.5) (.5)} = \frac{4691}{47.91} = 97.9 = 98 \text{ pacientes}$$

Para facilidad numérica se englobó a 100 pacientes

La muestra se seleccionó por cuotas quedando:

2do piso	15 encuestas
3er piso	15 encuestas

4to piso	16 encuestas
5to piso	4 encuestas
6to piso	16 encuestas
7mo piso	14 encuestas
8vo piso	10 encuestas
9no piso	10 encuestas

5.11 Recopilación de la información

Basado en que el presente estudio es de tipo transversal se aplicarán 100 encuestas a los usuarios y familiares de unidad coronaria, hospitalización adultos del tercer piso, cardioneumología, cardionefrología, terapia intensiva, cardiopediatría, hospitalización adultos séptimo piso, semipensionistas del octavo piso y pensionistas del noveno piso, en el periodo comprendido del 1 de Septiembre al 15 de Septiembre del 2008 en el turno vespertino, ya que es cuando la mayor parte de los servicios recibe visitas familiares.

Ante todo se explicará al encuestado el motivo del cuestionario, se recabará su consentimiento tácito y se pedirá que se conteste de manera libre y verídica, haciendo énfasis en que es un cuestionario totalmente anónimo.

6. Análisis de la Información y Resultados

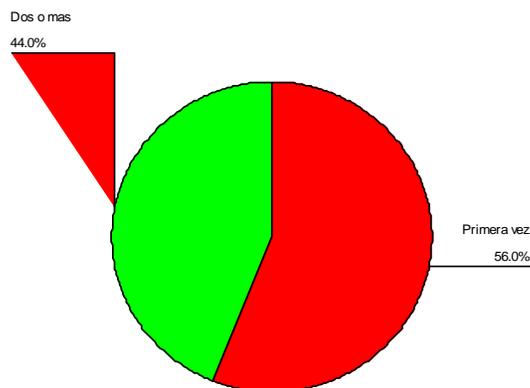
Los datos obtenidos se asentaron en una hoja de concentración de Excell donde se analizaron tendencias y realizaron porcentajes para posteriormente graficar los resultados con el apoyo del programa SPSS 11.0.

Los resultados se presentaron graficados primeramente por cada item de la cédula de evaluación, posteriormente por medio de gráficas de correlación con las variables más relevantes para el fin del presente estudio.

Y por último se realizó una comparación de los pisos evaluados con los items que tuvieron menor porcentaje de calidad esperada, con lo que se detectó de esta manera en que servicios se encuentra acentuada la problemática.

6.1 Gráficos e Interpretación.

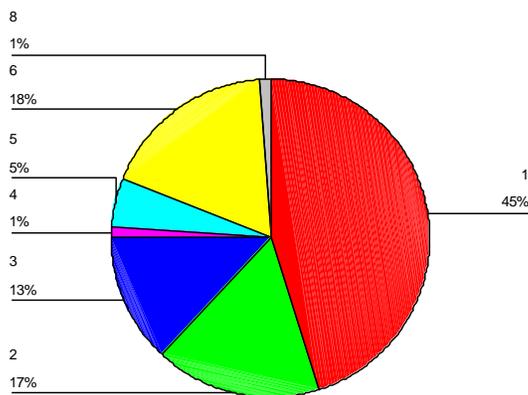
Gráfico 1. Internamiento de primera vez o subsecuentes



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico No.1 se observa que el 56% de los encuestados es la primera vez que se encuentra internados o en su caso si contestaron los familiares del paciente refiriendose al mismo y en el 44% ya han tenido algún internamiento previo en la institución.

Gráfico 2. Clasificación asignada por trabajo social



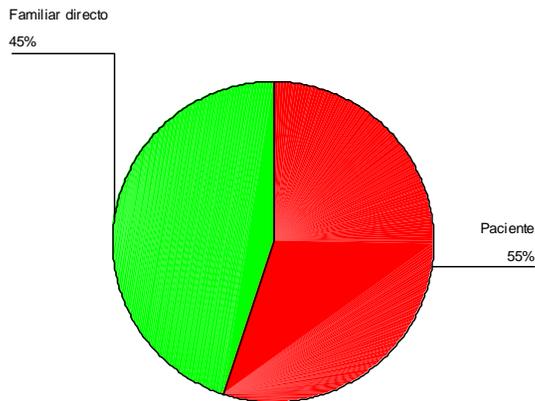
Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 2 se observa que el 45% de los pacientes corresponden a clasificación 1, sigue el 18% con clasificación 6, el 17% con clasificación 2, el 13% con clasificación 3, el 5% clasificación 5 y el 1% con clasificación 8 y 4 cada una.

En base a lo anterior se puede analizar que casi el 50% de la población atendida corresponde a clasificación 1, esto es la de menor recursos socioeconómicos, y el 17% corresponde a la siguiente clasificación 2 que también se consideran pacientes con poca solvencia económica. De acuerdo a lo anterior la mayor parte de la población corresponde a nivel socioeconómico 1 y 2.

Cabe señalar que el 18% corresponde a clasificación 6, esto es pacientes con nivel socioeconómico más elevado o con seguro de gastos médicos o con algún otro tipo de servicio médico.

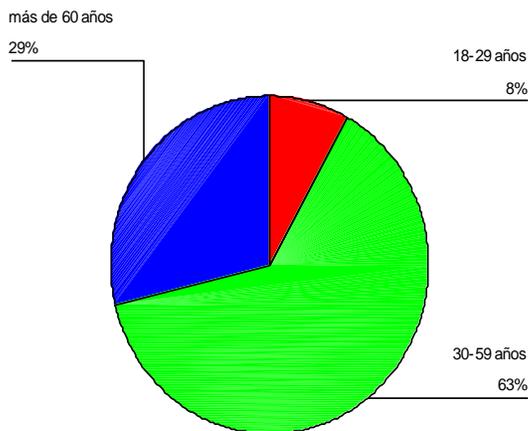
Gráfico 3. Paciente o familiar el que responde



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En esta gráfica se observa que los resultados de las evaluaciones para el presente estudio fueron contestados el 55% por los propios pacientes y el 45% por los familiares.

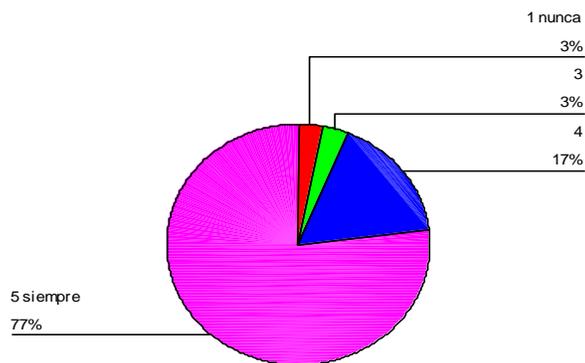
Gráfico 4. Edad del encuestado



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico No. 4, el 63% de los encuestados se encuentran entre los 30 y 59 años de edad, posteriormente el 29% mayores de 60 años y en menor proporción correspondiendo al 8% entre 18 y 29 años.

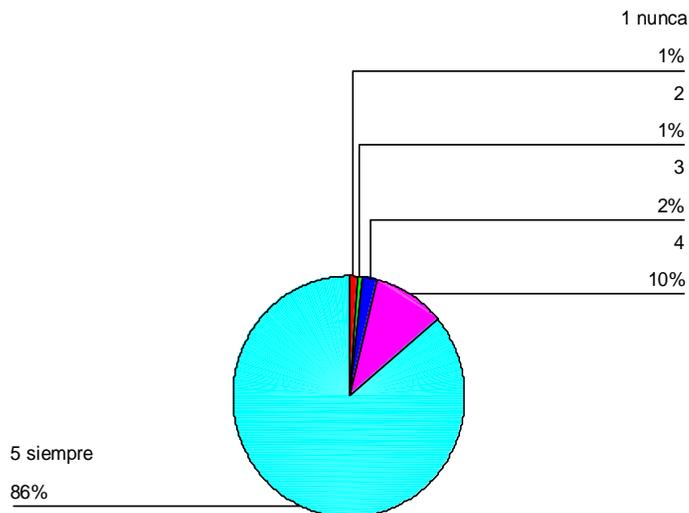
Gráfico 5. El médico lo saludó y proporcionó su nombre.



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 5 se observa que en el 77% de los encuestados el médico los saludó y proporcionó su nombre siempre, en un 17% con un nivel 4 de acuerdo a la escala tomada para la evaluación y en un 1% nunca lo hizo.

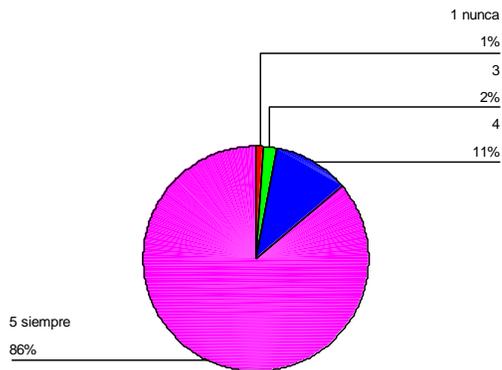
Gráfico 6. Fué el médico claro en sus indicaciones



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 6 se puede observar que en un 86% el médico fué claro en sus indicaciones, en un 10% en nivel 4 y en un 1% nunca lo fué.

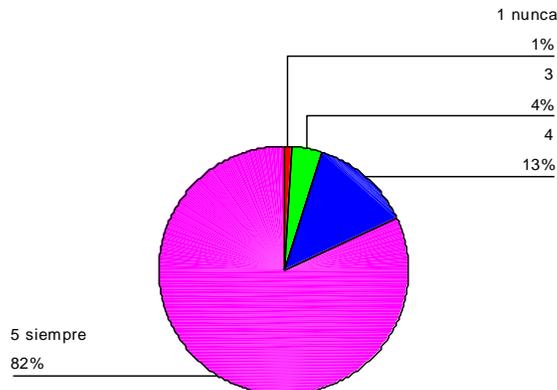
Gráfico 7. El médico orientó sobre el padecimiento



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 7 se observa que el 86% de los encuestados opina que el médico lo orientó sobre su padecimiento, un 11% en nivel 4 y en un 1% nunca lo hizo.

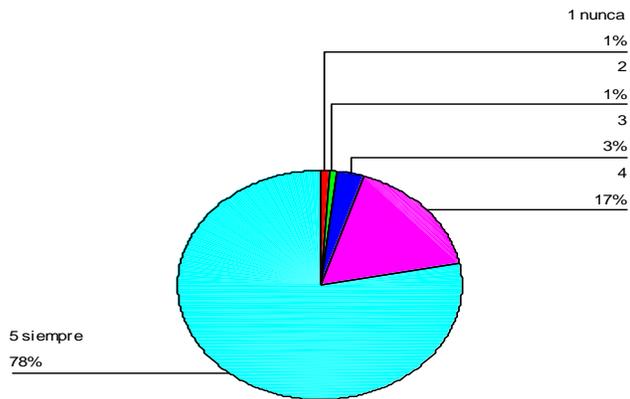
Gráfico 8. El médico resolvió sus dudas



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 8 se observa que en un 82% el médico resolvió siempre las dudas y en el 1% nunca lo hizo

Gráfico 9. El médico cumplió con sus expectativas

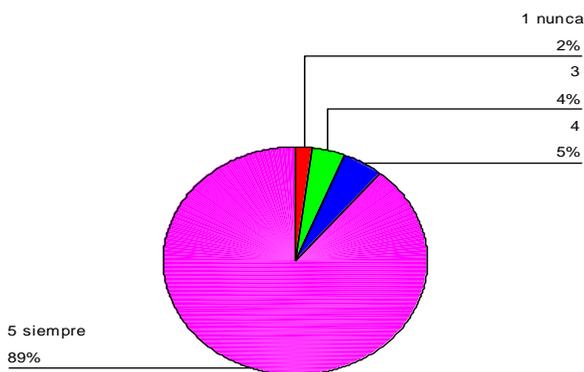


Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 9 se observa que el médico cumplió con sus expectativas en un 78% siempre lo hizo, en un 1% en nivel 4 y en 1% nunca lo hizo.

Por lo anterior de acuerdo a la evaluación del personal médico se observa que la mayor parte de las respuestas estuvieron alrededor del 80% y que si se suma el nivel 4 de acuerdo a la cédula empleada en la cédula se obtiene un parámetro de calidad más favorable alrededor del 90%.

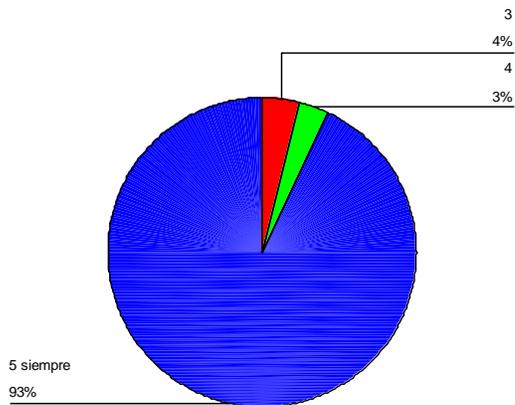
Gráfico 10. El personal de enfermería proporcionó su nombre



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 10 el 89% de los encuestados opinó que enfermería proporcionó siempre su nombre, en un 5% en nivel 4 de la cédula, con un 4% en nivel 3 y en un 2% nunca.

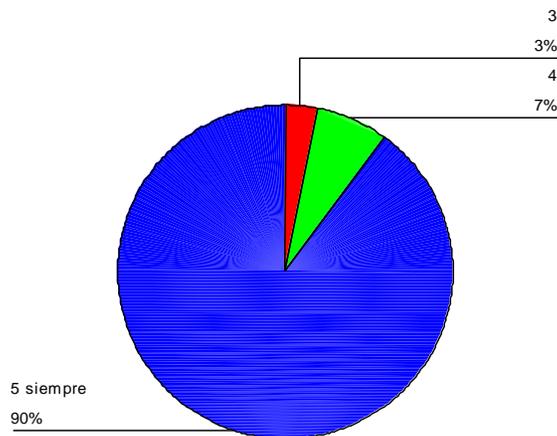
Gráfico 11. Enfermería fué amable y cordial



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 11 se observa que un 93% el personal de enfermería fué amable y cordial siempre, en un 3% en nivel 4 y en un 4% en nivel 3.

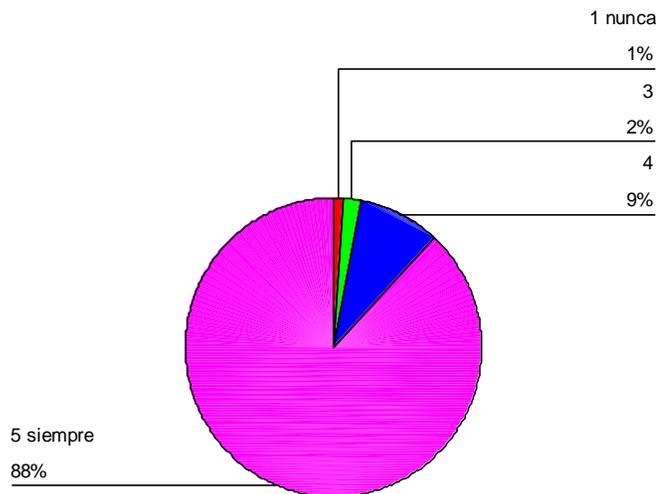
Gráfico 12. Enfermería brindó confianza para realizar procedimientos.



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 12 se observa que en el 90% de los encuestados enfermería les brindó confianza siempre, en un 7% nivel 4 y en un 3% nivel 3.

Gráfico 13. Enfermería cumplió con sus expectativas



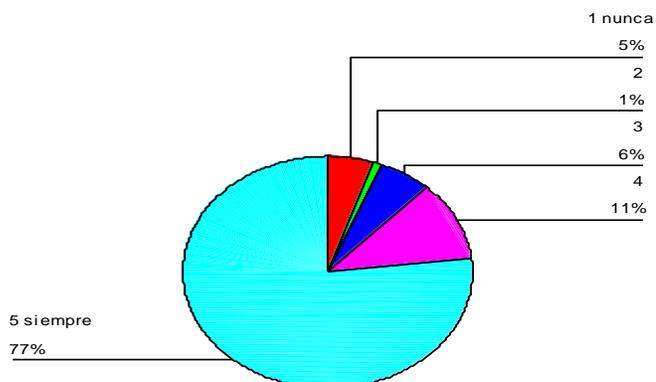
Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 13 se observa el 88% de los encuestados opinan que enfermería cumplió con sus expectativas siempre, un 9% en nivel 4, un 2% en nivel 3 y un 1% que nunca.

Por lo anterior de acuerdo a la evaluación al personal de enfermería se observa que alrededor de un 90% se cumplió con la calidad siempre y posteriormente varía el resto del porcentaje en los diversos niveles de la cédula, por lo cuál se interpreta, que si bien existe un nivel de calidad aceptable aproximadamente un 10% de la población varía gradualmente la misma, abarcando incluso hasta el nivel más bajo de la escala.

Gráfico 14. Personal de Trabajo social le proporcionó

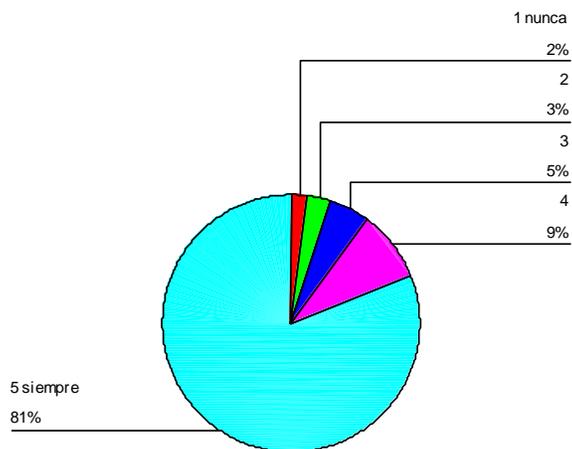
su nombre



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 14 se observa que el 77% de los encuestados opina que trabajo social le proporcionó su nombre siempre, en un 11% en nivel 4, en un 6% en nivel 3, un 1% en nivel 2 y un 5% en nivel 1, esto es nunca.

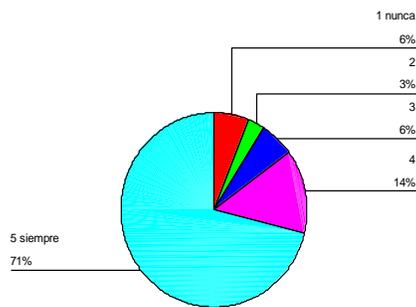
Gráfico 15. Trabajo social fué amable



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 15 se observa que en el 81% de los encuestados trabajo social fué amable siempre, en un 9% en nivel 4, un 5% en nivel 3, un 3% en nivel 2 y un 2% nunca lo fué.

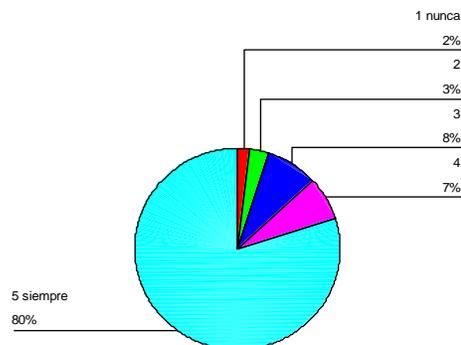
Gráfico 16. Trabajo social explicó las funciones que desempeña



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 16 se observa que el 71% opinó que siempre explicó las funciones que desempeña, el 14% en nivel 4, el 6% en nivel 3, el 3% nivel 2, el 6% nivel 1 esto es que nunca.

Gráfico 17. Trabajo social explicó claramente los trámites a realizar

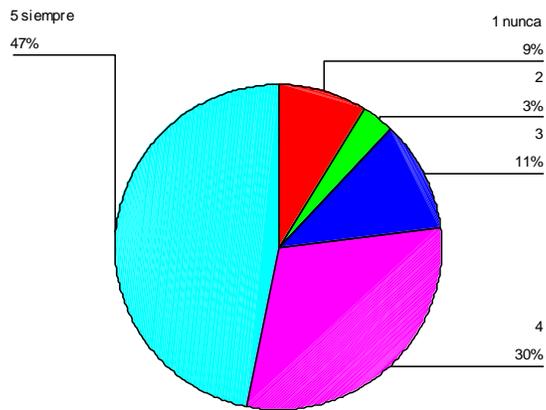


Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 17 se observa que el 80% de los encuestados opinan que trabajo social explicó claramente los trámites a realizar, un 7% en nivel 4, un 8% en nivel 3, un 3% en nivel 2 y un 2% en nivel 1.

Por lo anterior podemos inferir que el personal de trabajo social en alrededor un 75% cumplió con la calidad siempre y el resto del porcentaje fué variable llegando incluso a niveles 2 y 1 de la escala de la cédula.

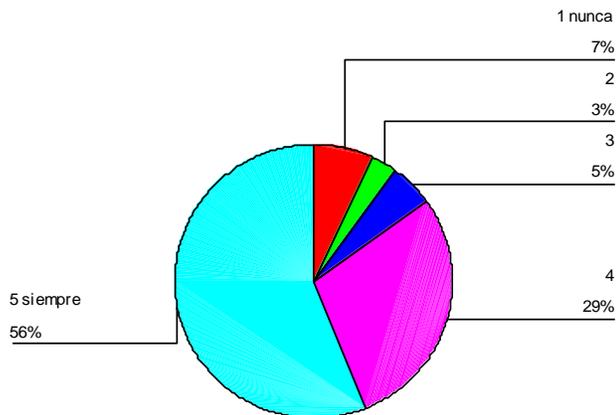
Gráfico 18. Personal de seguridad fué amable



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 18 se observa que el 47% de los encuestados opinan que el personal de seguridad fué amable siempre, el 30% en nivel 4, el 5% en nivel 3, el 3% en nivel 2 y el 7% nunca.

Gráfico 19. Personal de seguridad fué respetuoso

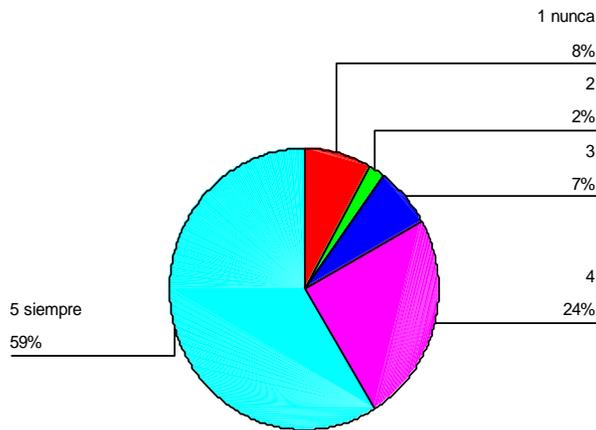


Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 19 el 56% de los encuestados opinan que el personal de seguridad fué siempre respetuoso y el 7% que nunca lo fue.

Gráfico 20. Lenguaje empleado fué correcto por el

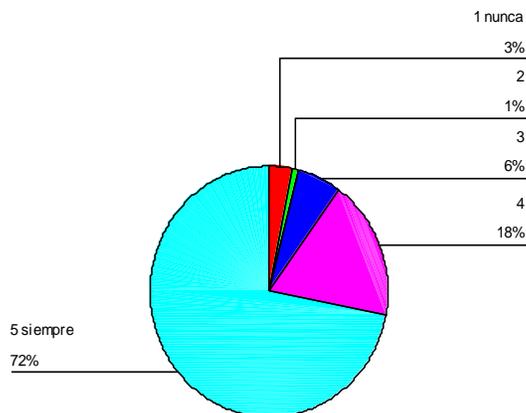
personal de seguridad



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 20 se observa que el 59% de los encuestados opinan que siempre fue correcto el lenguaje empleado por el personal de seguridad y el 8% que nunca lo fue.

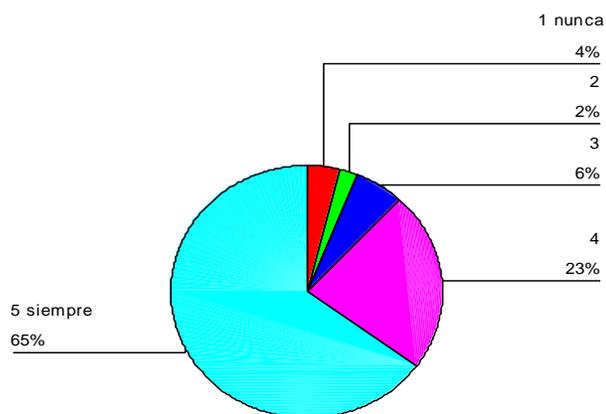
Gráfico 21. Los trámites administrativos fueron claros.



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 21 se observa que el 72% de los casos los encuestados opinaron que los trámites administrativos fueron claros siempre, el 18% en nivel 4, el 6% en nivel 3, el 2% en nivel 2 y en un 3% nunca lo fue.

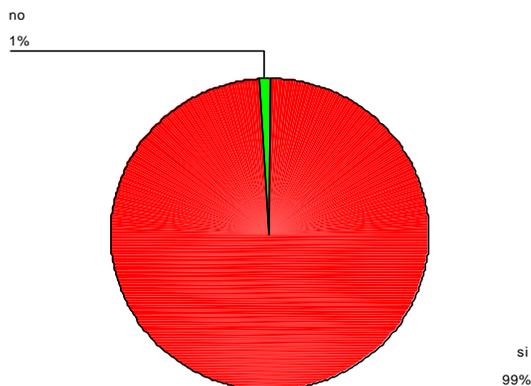
Gráfico 22. Los trámites administrativos fueron rápidos



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 22 se observa que el 65% de los casos los trámites administrativos siempre fueron rápidos y que en un 4% nunca lo fueron, el 65% de los encuestados opina que siempre fueron rápidos, en un 23% en nivel 4, un 6% nivel 3, un 2% nivel 2 y un 4% nunca.

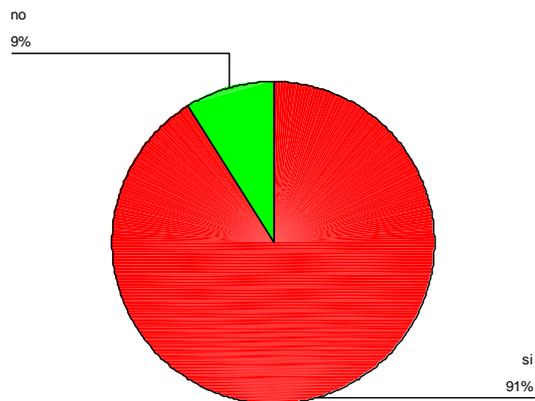
Gráfico 23. SERVICIO LIMPIO Y ORDENADO



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En la gráfica 23 se observa que el 99% de los encuestados perciben un servicio limpio y ordenado; en el 1% no es así.

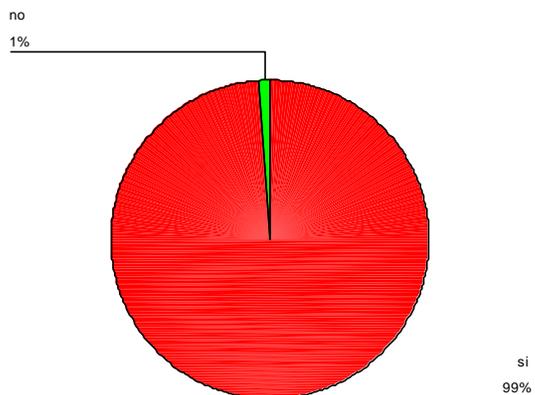
Gráfico 24. Ventilación adecuada



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 24 el 91% de los encuestados opinaron que el instituto tiene una ventilación adecuada y el 9% que no la tiene.

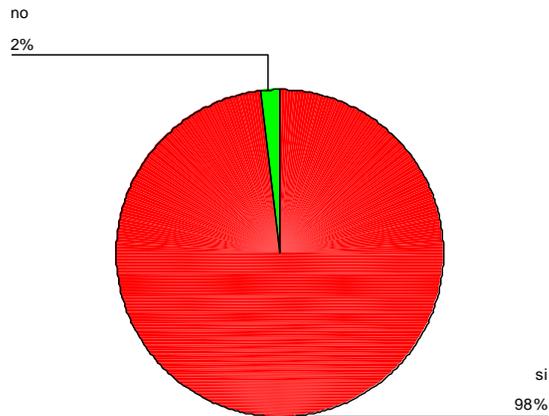
Gráfico 25. Percepción que el material y equipo empleado es acorde a sus necesidades



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 25 se observa que el 99% de los encuestados opinan que el material y equipo es acorde a sus necesidades y el 1% que no lo es.

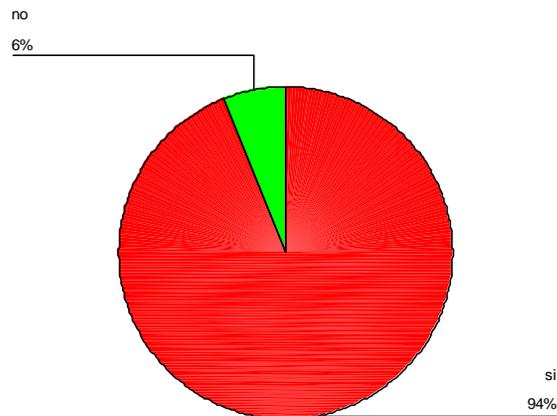
Gráfico 26. Señalamientos claros



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 26 se observa que el 98% de los encuestados opinan que los señalamientos en la institución son claros y el 2% que no lo son.

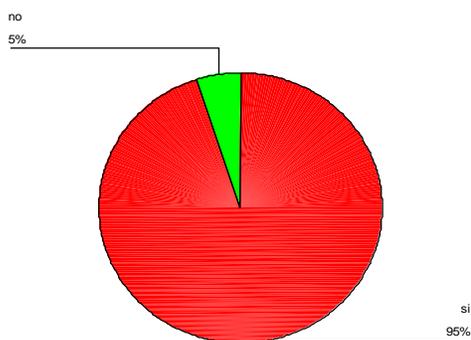
Gráfico 27. Espacio de la institución suficiente



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 27 se observa que el 94% de los encuestados opinan que el espacio de la institución es suficiente y el 6% que no lo es.

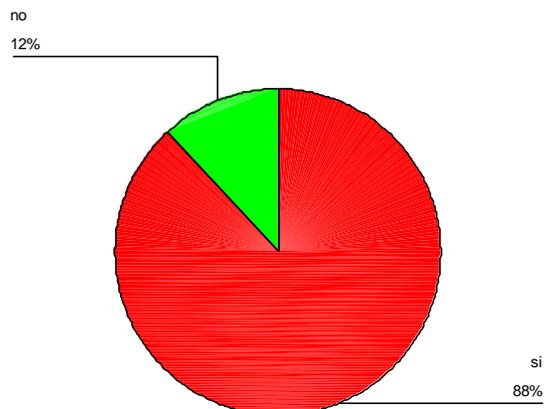
Gráfico 28. Mobiliario apropiado



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 28 se observa que el 95% de los encuestados opinan que el mobiliario es apropiado y en el 5% que no lo es.

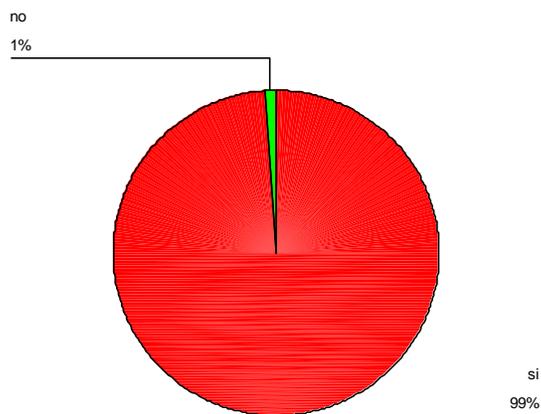
Gráfico 29. Percepción de la cuota correcta de acuerdo con la atención recibida



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 29 se observa que el 88% de los encuestados perciben que la cuota que pagan al instituto es correcta de acuerdo con la atención recibida y el 12% que no lo es.

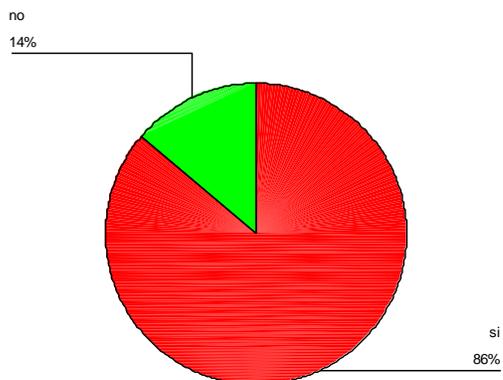
Gráfico 30. Recomendaría el instituto



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 30 se observa que el 99% de los encuestados recomendaría el instituto y el 1% que no lo haría.

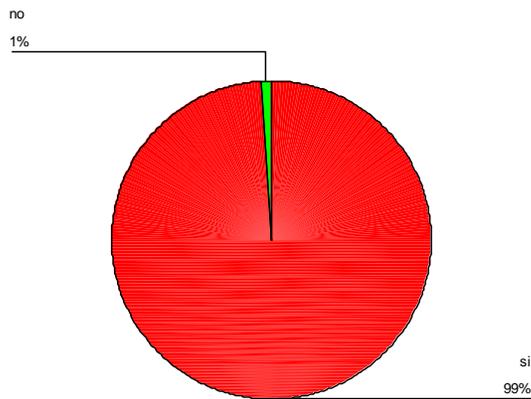
Gráfico 31. Reconocimiento del posicionamiento del instituto a nivel nacional e internacional



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 31 se observa que el 86% de los encuestados reconocen el instituto por su posicionamiento a nivel nacional e internacional y el 14% no lo hace.

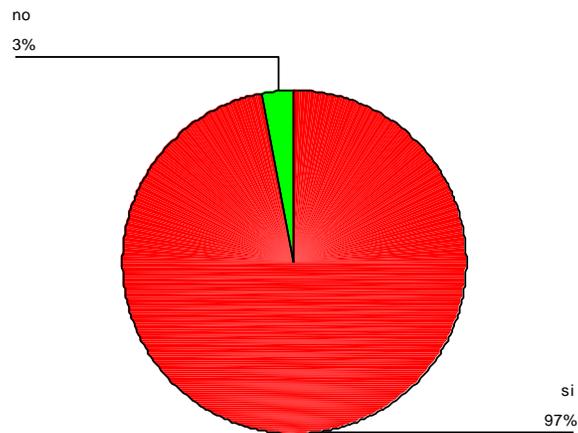
Gráfico 32. Acudiría nuevamente al instituto.



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 32 se observa que el 99% de los encuestados opinan que acudirían nuevamente al instituto en caso de necesitarlo y el 1% no lo haría.

Gráfico 33. Resolución problema ha sido o está siendo resuelto

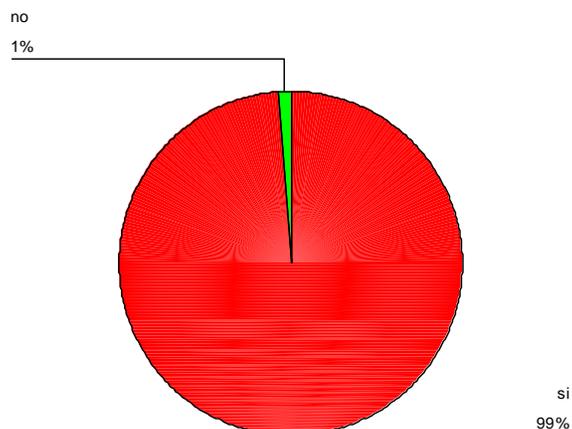


Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 33 se observa que el 97% de los encuestados opinaron que el problema o el de su familiar ha sido o está siendo resuelto y en un 3% no es así.

Gráfico 34. Percepción adecuada de la calidad de la atención

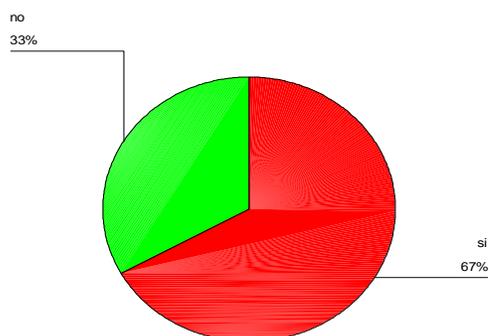
en general



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 34 se observa que el 99% de los encuestados opinan que la calidad en la atención en general es adecuada y en el 1% no lo es.

Gráfico 35. Instituto suficientemente grande para atender las necesidades de la población



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

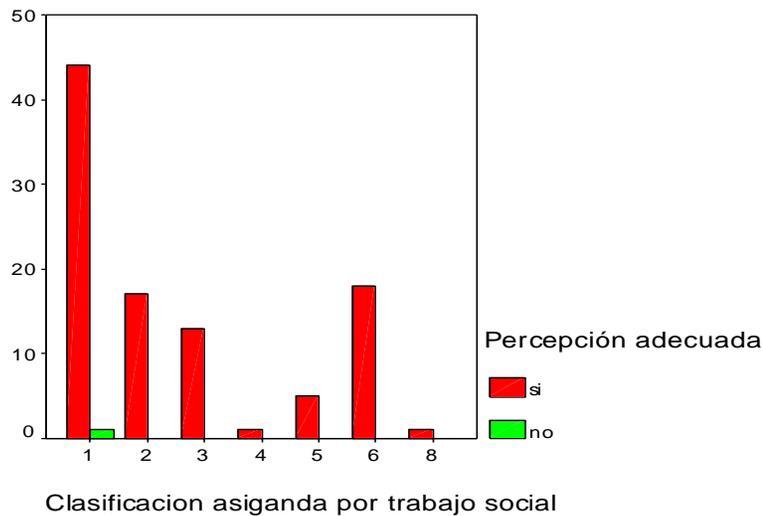
En el gráfico 35 se observa que el 67% de los encuestados opinan que el instituto es suficientemente grande para atender las necesidades de la población y en un 33% que no lo es.

GRÁFICOS DE CONTINGENCIA

Gráfico 36. Clasificación asignada por trabajo social y percepción de la atención en general

Tabla de contingencia Clasificación asignada por trabajo social * Percepción adecuada de la calidad de la atención en general

Recuento		Percepción adecuada de la calidad de la atención en general		Total
		si	no	
Clasificación asignada por trabajo social	1	44	1	45
	2	17		17
	3	13		13
	4	1		1
	5	5		5
	6	18		18
	8	1		1
	Total	99	1	100



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

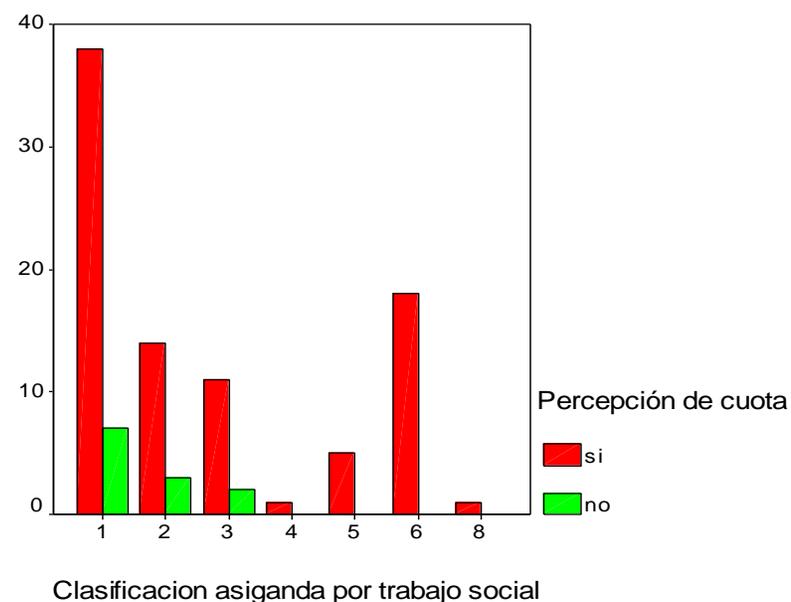
En este gráfico se representa el cruce entre la variable clasificación asignada por trabajo social y percepción de la atención en general de lo cual se desprende que el 99% opina que la atención en general es adecuada y al 1% que no le pareció, así corresponde a clasificación 1 esto es el nivel socioeconómico más bajo asignado por trabajo social.

Gráfico 37. Clasificación por trabajo social y percepción de cuota de acuerdo con la atención recibida

Tabla de contingencia Clasificación asignada por trabajo social * Percepción de cuota correcta de acuerdo con la atención recibida

Recuento

		Percepción de cuota correcta de acuerdo con la atención recibida		Total
		si	no	
Clasificación	1	38	7	45
asignada por	2	14	3	17
trabajo social	3	11	2	13
	4	1		1
	5	5		5
	6	18		18
	8	1		1
Total		88	12	100



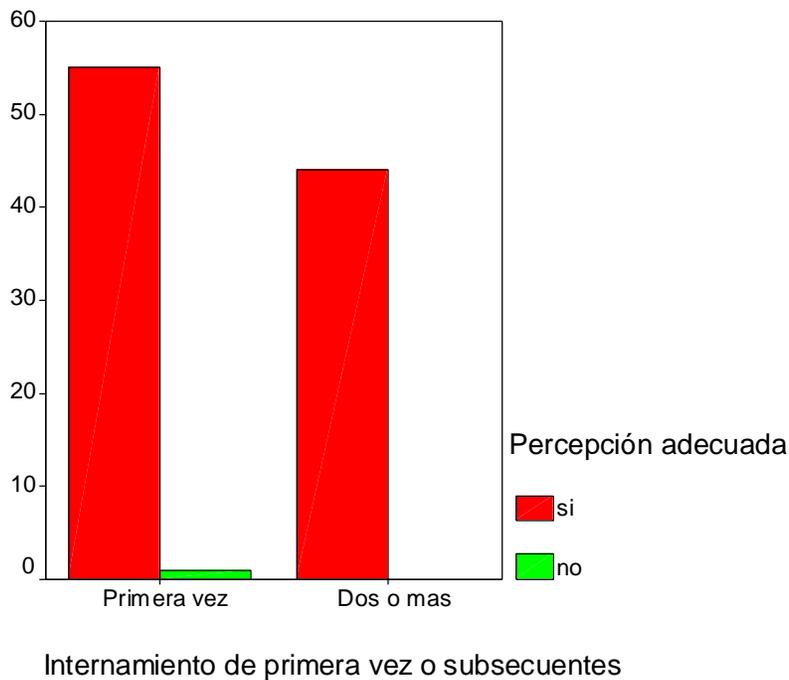
Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 37 se observa que de los encuestados el 88% le pareció que la cuota le parecía correcta de acuerdo a la atención recibida y del 12% restante que no estuvo de acuerdo con la misma el 7% pertenecía a clasificación 1, el 3% a clasificación 2 y el 2% a clasificación 3, con lo cual se comprueba que las personas que gozan de menos recursos socioeconómicos tienen mayor dificultad para cubrir la cuota.

Gráfico 38. Internamiento de primera vez o subsecuentes y percepción de la atención en general

**Tabla de contingencia Internamiento de primera vez o subsecuentes *
Percepción adecuada de la calidad de la atención en general**

Recuento		Percepción adecuada de la calidad de la atención en general		Total
		si	no	
Internamiento de primera vez o subsecuentes	Primera vez	55	1	56
	Dos o mas	44		44
Total		99	1	100



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

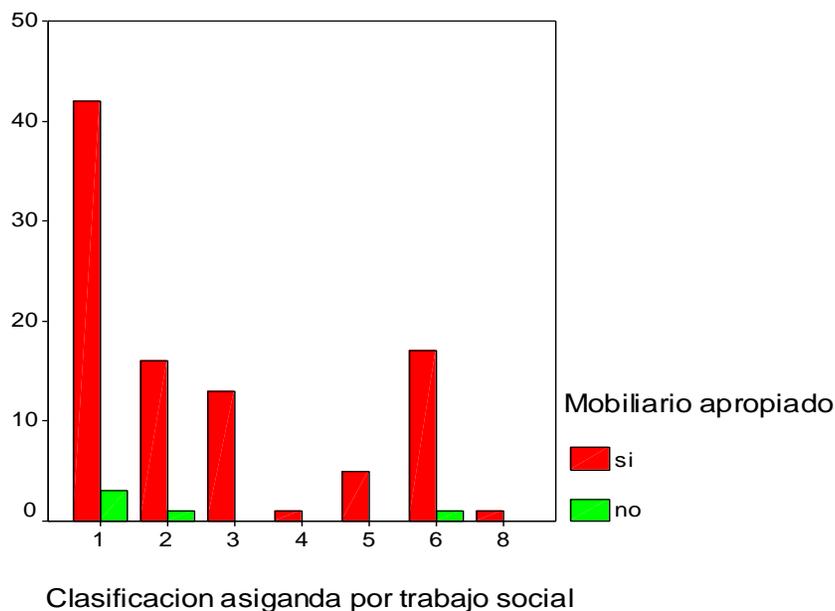
En el gráfico 38 se observa que de los encuestados al 99% le pareció adecuada la atención en general y que al 1% que no fué así correspondía a internamiento de primera vez.

Gráfico 39. Clasificación asignada por trabajo social y mobiliario apropiado.

Tabla de contingencia Clasificación asignada por trabajo social * Mobiliario apropiado

Recuento

		Mobiliario apropiado		Total
		si	no	
Clasificación	1	42	3	45
asignada por	2	16	1	17
trabajo social	3	13		13
	4	1		1
	5	5		5
	6	17	1	18
	8	1		1
Total		95	5	100



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 39 se observa que de los encuestados al 95% le pareció el mobiliario apropiado y del 5% restante que no fue así el 3% perteneció a clasificación 1, el 1% a clasificación 2 y el 1% a clasificación 6. Con lo cual se puede analizar que si bien a la mayor parte de los encuestados les pareció correcto, en los que no lo estuvieron en su mayor parte fueron de clasificación 1 y 2 esto es, del nivel socioeconómico más bajo.

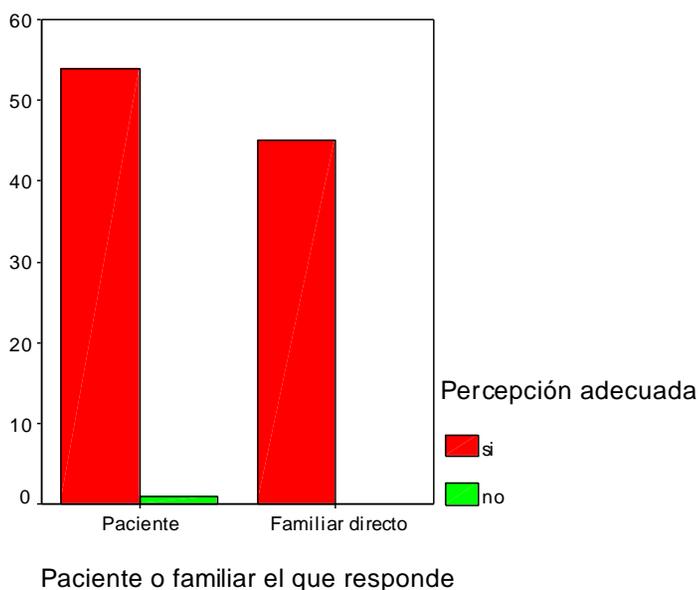
Gráfico 40. Paciente o familiar el que responde y percepción de la

atención en general

Tabla de contingencia Paciente o familiar el que responde * Percepción adecuada de la calidad de la atención en general

Recuento

		Percepción adecuada de la calidad de la atención en general		Total
		si	no	
Paciente o familiar el que responde	Paciente	54	1	55
	Familiar directo	45	0	45
Total		99	1	100

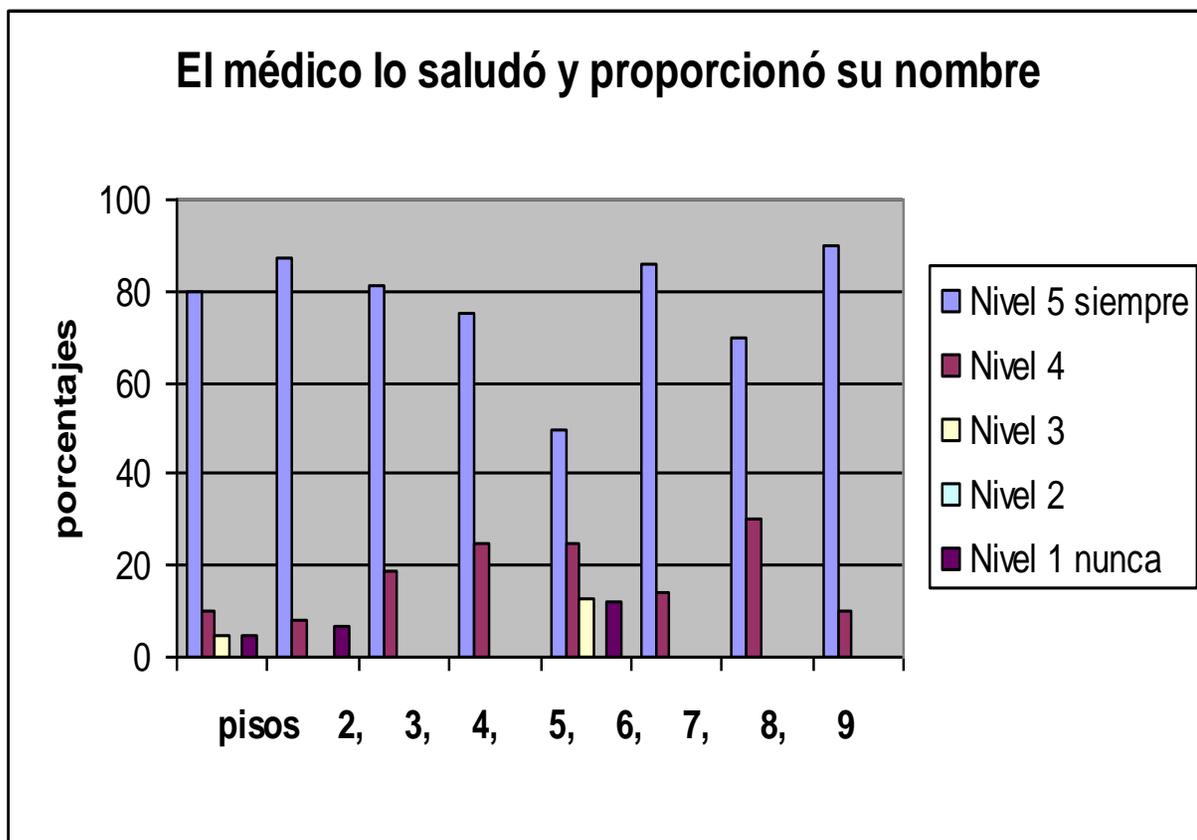


Fuente: Encuesta sobre la percepción de la Calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 40 se observa que de los encuestados al 99% le pareció que la atención en general es adecuada y que el 1% que no le pareció pertenece al rubro de paciente

GRÁFICOS POR SERVICIO.

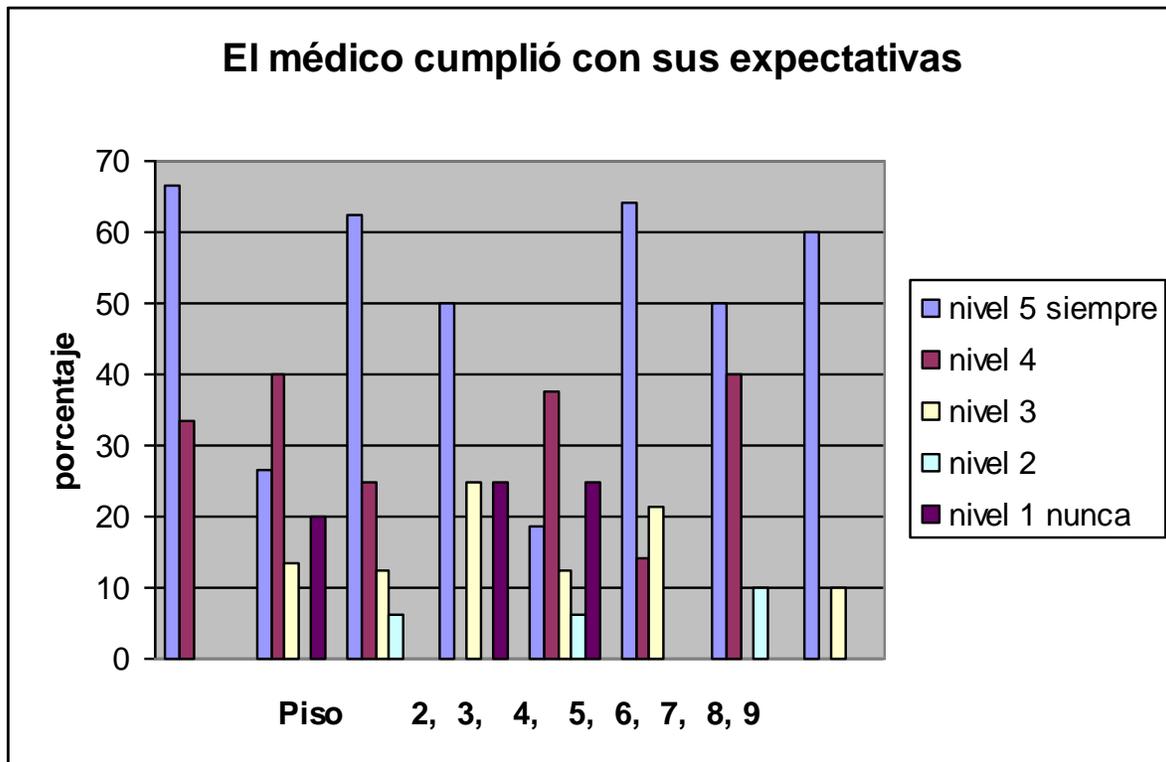
Gráfico 41. El médico lo saludó y proporcionó su nombre (Por piso).



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 41 se observa que en cuanto a la evaluación de que el médico lo saludó y proporcionó su nombre, el piso que resultó con mayor calidad se encuentra el noveno piso y el de menor resultó ser el sexto piso.

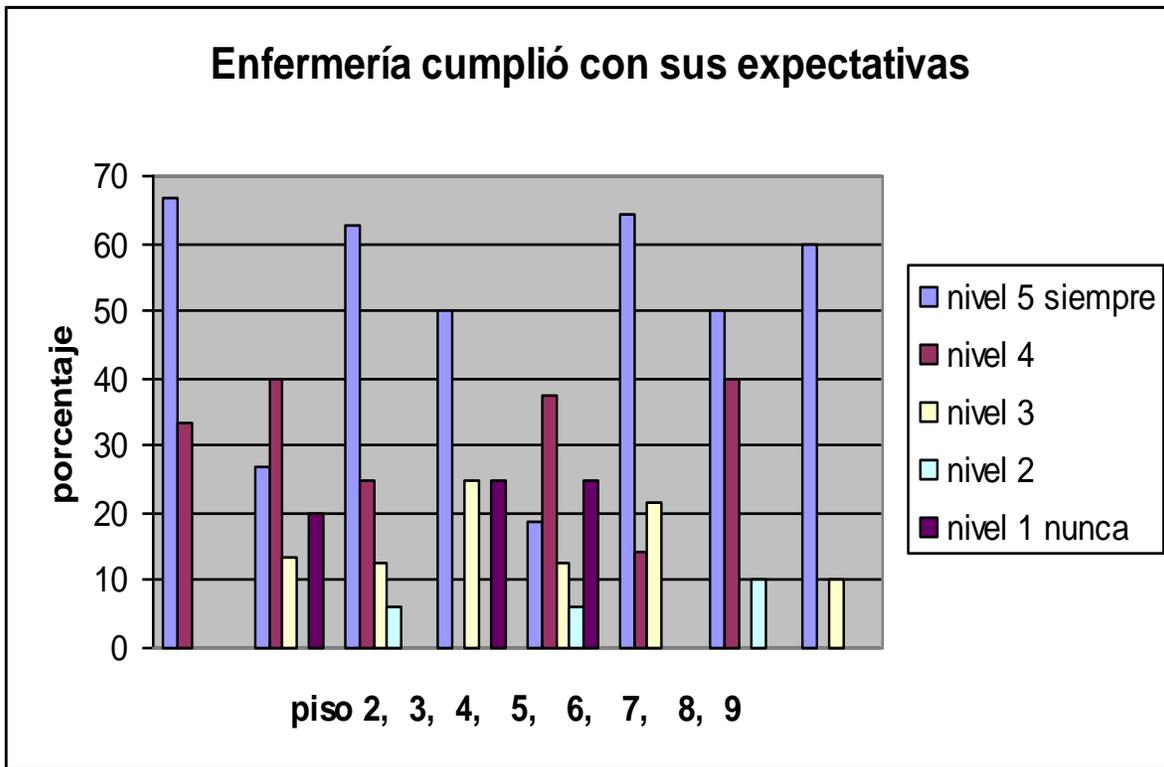
Gráfico 42. El médico cumplió con sus expectativas (Por piso).



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 42 se observa que el piso que resultó con mejor nivel de calidad por parte del médico y cumplió con sus expectativas es el segundo piso y el que resultó con menor nivel de calidad fué el sexto piso seguido del tercer piso.

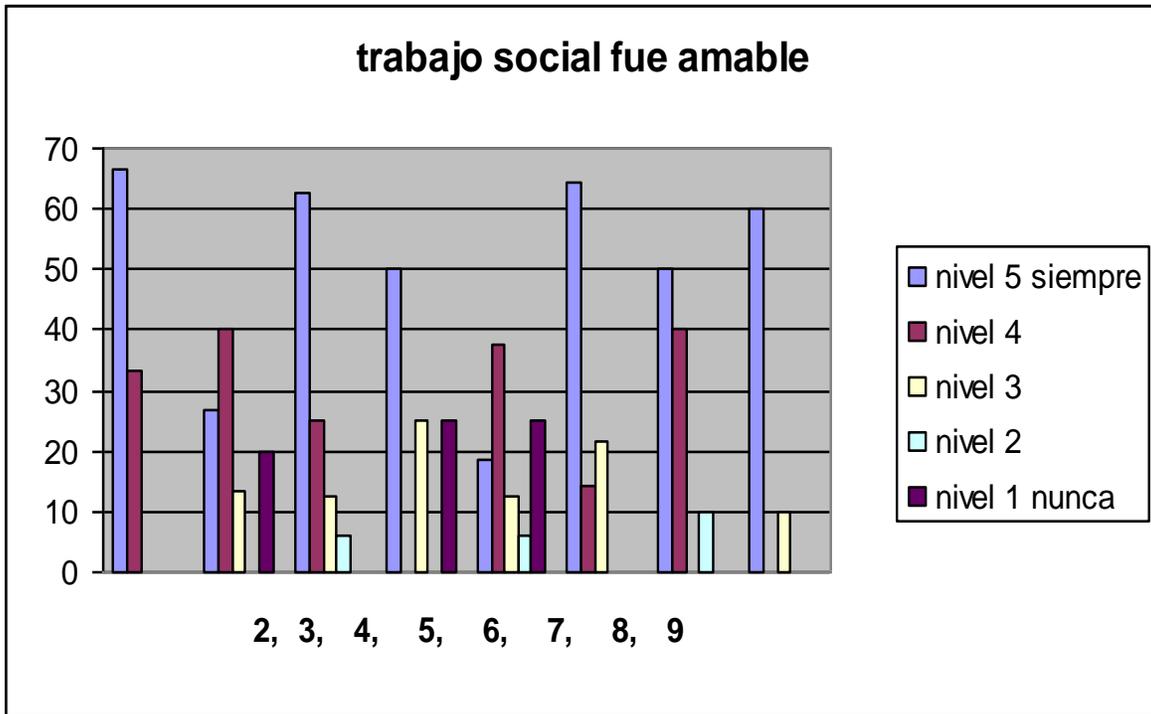
Gráfico 43. El personal de enfermería cumplió con sus expectativas(Por piso).



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 43 se observa que en cuanto a la evaluación de enfermería los pisos que cumplieron con mayor índice de calidad fueron el segundo, cuarto, séptimo y noveno piso y los que se observaron con menor calidad fueron el sexto y posteriormente el tercer piso.

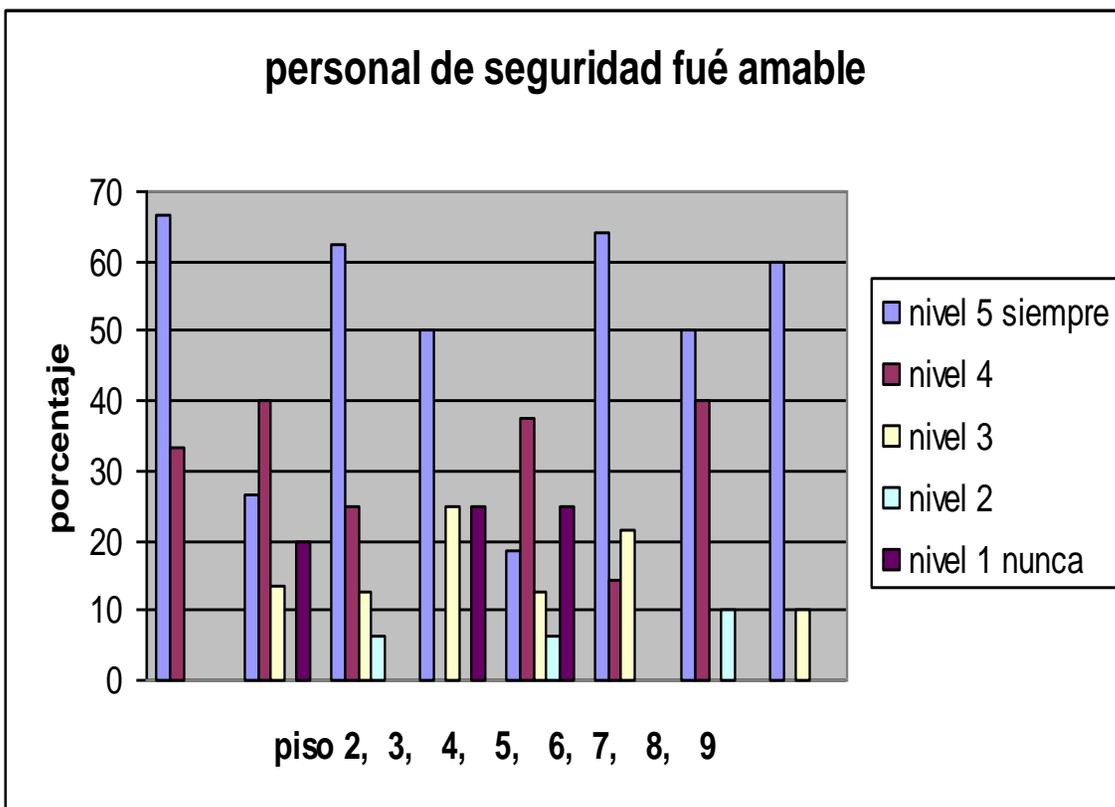
Gráfico 44. El personal de trabajo social fué amable (Por piso)



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En cuanto al gráfico 44 que representa la evaluación del ítem del personal de trabajo social que fué amable, los que resultaron mejor evaluados son el segundo, cuarto, séptimo y noveno piso y los que resultaron con menor calidad fueron el segundo, quinto y sexto piso.

Gráfico 45. El personal de seguridad fué amable. (Por piso)



Fuente: Encuesta sobre la percepción de la calidad por pacientes y/o familiares, 2008

En el gráfico 45 se observa que en cuanto al ítem de la evaluación del personal de seguridad que fué amable, los pisos que los evaluaron con mayor calidad fueron el segundo, cuarto, séptimo y noveno piso y de menor calidad fueron el tercero, cuarto y quinto piso.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

El hablar de calidad en nuestros días se ha convertido en un tema de trascendencia nacional e internacional en todos los ámbitos y por supuesto en el de la salud, en donde el cliente ya no sólo es un partícipe pasivo sino uno activo que pide y exige a gritos la atención que se merece, de ahí la importancia de proporcionar atención de alta calidad y que mejor manera de hacerlo, que escuchando las necesidades de la población.

Evaluar la calidad del Instituto Nacional de Cardiología pilar fundamental de las enfermedades cardíacas en México reflejó resultados muy interesantes para ser considerados en la atención de alta calidad y eficiencia como lo marca la misión del instituto.

Para evaluar el proceso según modelo de A. Donabedian se consideró que si bien es cierto que en su mayoría el Instituto obtuvo respuestas con niveles de calidad elevados hay puntos que debe reforzar como lo es en la parte médica presentarse y responsabilizarse ante el cliente como garante del mismo, así como esforzarse en resolver sus dudas y proporcionar explicaciones entendibles y acordes a su nivel sociocultural.

En cuanto al personal de enfermería resultó evaluado con un índice de calidad muy bueno, sin embargo no se logró el nivel máximo de calidad que resulta en el ideal de toda institución, por lo que se debe detectar a través de la evaluación al desempeño aquel personal que no está proporcionando un nivel de calidad óptimo y monitarizarlos con estándares de calidad en especial en las áreas de amabilidad y cordialidad, así como el reforzar los conocimientos para llevar a cabo procedimientos con seguridad que permitan al paciente sentirse en confianza al ser sometidos a los mismos.

Con respecto al personal de trabajo social tuvo una evaluación de la calidad en el presente estudio inferior a lo esperado, ya que si bien los usuarios opinaron que realiza sus actividades no se logró un alto nivel de calidad acentuadas las deficiencias en; presentarse y proporcionar su nombre, explicar la función que desempeña y en algunos casos ser amable, con el índice más bajo que vale la pena detectar para lograr el nivel máximo de calidad.

El personal de seguridad es un punto aparte a tratar ya que las evaluaciones de calidad obtenidas son dignas de ser estudiadas con detenimiento ya que la calidad estuvo por debajo de lo esperado por cualquier organización incluso las que no ponderan la calidad como una de sus prioridades. Tuvo deficiencias graves en la amabilidad obteniendo un porcentaje considerable en no realizar nunca este rubro, incluso inferior al cincuenta por ciento, además de mostrarse poco respetuoso y en algunos casos nunca, y no utilizar el lenguaje apropiado.

Los trámites administrativos tampoco lograron un alto nivel de eficiencia aunque si bien es cierto de alguna manera no se esperaban respuestas favorables en su totalidad ya que es bien sabido que los mexicanos de alguna manera estamos peleados con los trámites administrativos. Cabe reconocer que fué muy poco el porcentaje en el que se obtuvo niveles bajos de calidad en este rubro.

Se puede comentar del módulo de estructura física que la evaluación en cuanto al servicio limpio y ordenado resultó casi en la excelencia, así como el material y equipo empleado y señalamientos empleados. Con un índice un poco menor de calidad pero muy bueno estuvo la ventilación empleada, el espacio de la institución y el mobiliario.

Del módulo de resultado se obtuvieron resultados interesantes al considerar que una parte importante de los encuestados considera correcta la cuota del instituto ya que cuando se trata de situaciones económicas podrían no obtenerse los

resultados deseados, pero en general se muestra un índice aceptable de satisfacción por parte del usuario.

Se concluyó que se obtuvo en general un nivel de calidad en general casi en la excelencia que el cliente recomendaría el instituto e incluso acudiría a el en caso de necesitarlo y que en general considera que sus problemas médicos están siendo atendidos. Se reconoce que hay áreas débiles que se debe de poner especial atención para mejorar como lo es trabajo social y personal de seguridad.

7.2 Recomendaciones

A manera de opinión se exponen las siguientes recomendaciones para mejorar el nivel de calidad del Instituto Nacional de Cardiología en base a los resultados obtenidos en la presente investigación:

- a) Seleccionar con mayor detenimiento al personal de seguridad contratado para tal efecto, concientizarlo sobre la misión, visión y objetivos de la institución para lograr su sensibilización al trato con los clientes sin perder de ninguna manera el perfil de su profesión y la seguridad del instituto.
- b) Concientizar y recordar al personal de trabajo social su labor humanística e informativa en la institución por medio de la promoción al trato digno de toda persona y fomentar los derechos de los pacientes a través de pláticas e información escrita sobre los mismos.
- c) Reforzar con el personal médico la importancia de presentarse y proporcionar su nombre para proporcionar confianza al cliente, el de explicar claramente los padecimientos y tratamientos, así como cuestionar sobre las posibles dudas que pudieran tener, realizando supervisiones más estrechas a través del personal directivo sobre la atención que se proporciona e instruir a los residentes que ingresan anualmente de los lineamientos de la institución.
- d) Promover en el personal de enfermería el profesionalismo al realizar sus actividades supervisando por medio de los indicadores de calidad que se llevan acabo en el instituto su efectividad con controles trimestrales de los mismos realizandolo tanto de manera grupal como individual para de esta manera detectar deficiencias tanto en los servicios como de manera más directa aquel personal que no lleva acabo la calidad óptima que se pretende alcanzar.

- e) Revisar el esquema de trámites administrativos para eficientizar los procesos y elaborar un folleto o tríptico para el usuario para lograr claridad en los mismos en los que se detalle paso por paso las actividades a realizar.

- f) Motivar e incentivar al personal de intendencia por su labor dentro de la institución, a través de estímulos al desempeño sobre la calidad en el trabajo que realizan.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 . Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. Capítulo México de "Salud en Las Américas 2002"pag:6
2. <http://www.serviciosdecalidad.gob.mx/oldsite/resultados.php>, Marzo 12, 16:00 hrs pm
3. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México casos 3. Pag: 18-22
4. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México casos 3. Pag: 22-23
5. Manual Administrativo del INC , 2005 Pag: 16-22
6. <http://www.serviciosdecalidad.gob.mx/oldsite/resultados.php>, Marzo 17,17:10 pm
7. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México casos 3.Pag: 24
8. [www.saludzac.gob.mx/ investigación /convocatoria 2008](http://www.saludzac.gob.mx/investigacion/convocatoria_2008), 17 marzo 2008 8:30
9. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/admpro3og.htm>, 17 marzo 2008 19:30 hrs.
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Edit. RAF, México 2007.
11. Ley General de Salud, Agenda de Salud 2008
Edit. Empresa líder. México 2008
12. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de Atención Médica, Agenda de Salud 2008,edit. Empresa Líder, México 2008
13. Ley Orgánica de la Administración Pública federal
14. Ley de los Institutos Nacionales de Salud
15. Código de conducta del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Manual Administrativo del INC , 2005
16. [www. gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com), 4 mayo 15:00 pm
- 17.http://www.wikilearning.com/monografia/calidad_totaldefinicion_de_la_calidad/11375-3, 15 de mayo 16:05 pm
18. 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.
19. ibídem

20. http://www.wikilearning.com/monografia/calidad_total, mayo 18, 13:10
21. ibídem
22. ibídem
23. ibídem
24. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/admpro3og.htm>, 17
–marzo 2008 19:30 hrs.
25. ibídem
26. ibídem
27. ibídem
28. ibídem
29. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo en la calidad de la atención. Rev. Sal. Pub., 35 Pag:94
30. ibídem
31. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo en la calidad de la atención. Rev. Sal. Pub., 35 Pag:96
32. ibídem
33. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo en la calidad de la atención. Rev. Sal. Pub., 35 Pag:97-99
34. ibídem
35. ibídem
36. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872007000700006&script=sci_arttext
14abril 2008, 14hrs.
37. ibídem
38. ibídem
39. <http://www.doaj.org/doaj?func=abstract&id=46224>, mayo 15, 19:20
40. ibídem
41. ibídem
42. Carmen Jiménez, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico Satisfacción del usuario como indicador de calidad, 2003, pag: 58-65
43. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). Secretaría de Salud (SSA). Mortalidad 2000. México, 2002.

44. Carmen Jiménez, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico, Satisfacción del usuario como indicador de calidad,2003, pag: 58-65
45. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). Secretaría de Salud (SSA), Mortalidad 2000. México, 2002.
46. ibídem
47. ibídem
48. http://www.wikilearning.com/monografia/calidad_total-, abril 18, 17:15 pm
49. ibídem
50. Teresa Gea, Revista Calidad Asistencial, Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves*,Sevilla 2001
51. Guillermo P., Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; El IMSS en Cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México, 2004 de Prestaciones Médicas, Pag:481-488
52. Guillermo P., Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; El IMSS en Cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México, 2004 de Prestaciones Médicas, Pag:481-488
53. ibídem
54. Carmen Jiménez, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico Satisfacción del usuario como indicador de calidad,2003, pag: 58-65
55. ibídem
56. Liliana Timaná, Percepción de la Calidad de Atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión - callao - Perú.
57. ibídem
58. ibídem
59. ibídem
60. www.ética y empresa.com/congreso/03_3_6.pdf, abril 18 2008, 16:18 pm
61. www.usc.cs/lugo-XIII-hispano/pdf/06, mayo 2, 18:15
62. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. Capítulo "Salud en Las Américas 2002"
63. ibídem

64. ibídem

65. Morales Castro, José Antonio, Proyectos de Inversión, Edit. Gasca Sicco, Pag:59

BIBLIOGRAFÍA

Código de conducta del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Manual Administrativo del INC , 2005

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Edit. RAF, México 2007.

de Prestaciones Médicas

Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). Secretaría de Salud (SSA)., Mortalidad 2000. México, 2002.

Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo en la calidad de la atención. Rev. Sal. Pub., 35

El IMSS en Cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México, 2004

<http://www.doaj.org/doaj?func=abstract&id=46224>, mayo 15, 19:20

<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/admpro3og.htm>, 17 – marzo

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872007000700006&script=sci_arttext
14abril 2008, 14hrs

<http://www.serviciosdecalidad.gob.mx/oldsite/resultados.php>, Marzo 12, 16:00 hrs pm

http://www.wikilearning.com/monografia/calidad_total, mayo 18, 13:10

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

Ley General de Salud, Agenda de Salud 2008edit. Empresa líder. México 2008

Ley Orgánica de la Administración Pública federal

Morales Castro, José Antonio, Proyectos de Inversión, Edit. Gasca Sicco, Pag:59

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.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Representación en México. Capítulo de "Salud en Las Américas 2002"

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Percepción de la Calidad de Atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión - callao - Perú.

Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México casos 3.

Ramón Barrera, Análisis Comparado de las Escalas de Medición del Servicio, Fac. Ciencias Económicas y Empresariales, Sevilla 2007

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de Atención Médica, Agenda de Salud 2008, edit. Empresa Líder, México 2008

Revista Calidad Asistencial, Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves*, Sevilla 2001

Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006;

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico Satisfacción del usuario como indicador de calidad, 2003

www.gerenciasalud.com, 4 mayo 15:00 pm

www.usc.cs/lugo-XIII-hispano/pdf/06, mayo 2, 18:15

www.éticayempresa.com/congreso/03_3_6.pdf, abril 18 2008, 16:18 pm

www.saludzac.gob.mx/investigación/convocatoria_2008, 17 marzo 2008 8:30



Instituto Nacional
de Cardiología
Ignacio Chávez



ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ POR PACIENTES Y FAMILIARES.

El siguiente cuestionario es totalmente anónimo, tiene como finalidad evaluar la calidad del Instituto Nacional de Cardiología por lo que se pide su colaboración para que conteste de manera libre y verídica todas las preguntas colocando una X en el señalamiento de su elección. Su opinión es importante para nosotros.

Servicio:

1. ¿Su internamiento al hospital en esta ocasión es?

- Primera Vez
 Dos o más

2. La clasificación asignada por el INC según trabajo social es?
(de no saberlo favor de indicarlo al encuestador)

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

3. ¿ Es usted ?

- Paciente
 Familiar Directo

4. ¿ La edad de la persona que responde la encuesta es?

- 18-29 años
 30-59 años
 Más de 60 años

MÓDULO PROCESO

En el siguiente apartado señale el valor que considere, entendiéndose que el nivel de respuesta va de menor grado (1) a mayor grado (5). Señale el que más se acerca a su preferencia escogiendo del 1 al 5 en cada respuesta.

Ejemplo. Se entiende que el “personal de intendencia” es amable casi en todas las ocasiones, pero no siempre ya que marcó el número 4 y que realiza bien su trabajo siempre ya que marcó el número 5

PREGUNTA	RESPUESTA	NIVELES					RESPUESTA
PERSONAL DE INTENDENCIA		1	2	3	4	5	
¿Es amable?	Nunca				X		Siempre
¿Realiza bien su trabajo?	Nunca					X	Siempre

PREGUNTA	RESPUESTA	NIVELES					RESPUESTA
P1. PERSONAL MÉDICO		1	2	3	4	5	
¿Lo saludo y proporcionó su nombre?	Nunca						Siempre
¿Fue claro en sus indicaciones?	Nunca						Siempre
¿Le orientó sobre su padecimiento?	Nunca						Siempre
¿Resolvió sus dudas?	Nunca						Siempre
¿Cumplió con sus expectativas?	Nunca						Siempre

MODULO ESTRUCTURA FISICA

E.1 ¿El servicio al que acude se encuentra limpio y ordenado?

Si	No
----	----

E.2 ¿La ventilación le parece adecuada?

Si	No
----	----

E.3. El material y equipo empleado, ¿le parece acorde a sus necesidades?

Si	No
----	----

E.4. Los señalamientos dentro de la institución, ¿son claros?

Si	No
----	----

E.5 ¿Le parece suficiente el espacio con el que cuenta la institución?

Si	No
----	----

E.6. ¿ El mobiliario le parece apropiado?

Si	No
----	----

MÓDULO RESULTADO

R1. ¿ Le parece correcta la cuota que paga al Instituto Nacional de Cardiología de acuerdo con la atención recibida?

Si	No
----	----

R2. ¿Recomendaría este Instituto a otras personas?

Si	No
----	----

R3. ¿Sabía usted que este instituto es reconocido a nivel nacional e internacional?

Si	No
----	----

R4. Acudiría nuevamente a este instituto?

Si	No
----	----

R5. Siente que su problema médico o el de su familiar al acudir a este instituto, ¿ha sido resuelto o está siendo resuelto?

Si	No
----	----

R6. La calidad de la atención en general ¿le pareció adecuada?

Si	No
----	----

R7. ¿Le parece que el instituto es lo suficientemente grande para atender las necesidades de la población?

Si	No
----	----

¿Quisiera agregar algún comentario, queja o sugerencia?
