



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Coordinación de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social**

Tesis de Posgrado

Para Obtener el Grado de Especialización en Medicina de Urgencias

FACTORES MEDICO ADMINISTRATIVOS QUE CONDICIONAN LA CALIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA U.M.F. No 5 DEL IMSS EN SANTO TORIBIO XICOHTZINCO TLAXCALA

PRESENTA:

MARIA SOLEDAD AGUILA MORALES

UNIDAD DE ADSCRIPCION. UMF No 5 SANTO TORIBIO XICOHTZINCO TLAXC.

MATRICULA: 99220536

CORREO: maquilamoraless@yahoo.com

DR. ALBERTO LUNA AGUILAR

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

UNIDAD DE ADSCRIPCION. H.G.S.Z MF 8 TLAXCALA TLAX.

MATRICULA 10277668

CORREO: albertoln24@gmail.com

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

H.G.S.Z/ MF 8 DELEGACION TLAXCALA

Tlaxcala, Tlax.

Febrero 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 3 |
| Marco Teórico..... | 4 |
| 1. Antecedentes. | |
| 1.1. Antecedentes Generales..... | 4 |
| 1.2. Antecedentes Específicos..... | 10 |
| 2. Justificación..... | 20 |
| 3. Planteamiento del problema..... | 22 |
| 4. Objetivos..... | 22 |
| 4.1. Objetivo General..... | 22 |
| 4.2. Objetivos Específicos..... | 22 |
| 5. Material y Métodos..... | 23 |
| 5.1. Diseño del estudio..... | 23 |
| 5.2. Ubicación espacio-temporal..... | 23 |
| 5.3. Estrategia del trabajo..... | 23 |
| 5.4. Muestreo..... | 23 |
| 5.4.1. Definición de la unidad de población..... | 23 |
| 5.4.2. Selección de la muestra..... | 23 |
| 5.4.3. Criterio de selección de las unidades de muestreo..... | 23 |
| 5.4.3.1. Criterios de inclusión..... | 23 |
| 5.4.3.2. Criterios de exclusión..... | 23 |
| 5.4.3.3. Criterios de eliminación..... | 23 |
| 5.4.4. Diseño y tipo de muestreo..... | 24 |
| 5.4.5. Tamaño de la muestra..... | 24 |
| 5.5. Definición de las variables y escala de medición..... | 25 |
| 6.1. Cronograma..... | 28 |
| 7.0. Ética..... | 29 |
| 8.0 Resultados..... | 30 |
| 9.0 Discusión..... | 61 |
| 10. Conclusiones..... | 63 |
| 11.0 Anexos..... | 64 |
| 12.0 Bibliografía..... | 69 |

RESUMEN

FACTORES MEDICO ADMINISTRATIVOS QUE CONDICIONAN LA CALIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL TURNO VESPERTINO DE LA U.M.F. No 5 DEL IMSS EN SANTO TORIBIO XICHOHTZINCO TLAXCALA

La evaluación de la calidad es una idea relativamente nueva y todos los países han demostrado interés en hacerla, particularmente Estados Unidos, quizá por ser el único país que tiene un porcentaje mayor de medicina privada, la que, por ser comercial- competitiva, usa más la tecnología y está expuesta a mayores riesgos y demandas legales

Por otra parte debe destacarse que el concepto calidad puede distinguirse dos dimensiones íntimamente relacionadas, a las que Donabedian denomina “técnica e interpersonal”. La primera se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente. La segunda alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los factores médicos administrativos que condicionan la calidad de la atención médica en el servicio de urgencias del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.5 de santo Toribio Xicohtzinco Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO: observacional, transversal, analítico, pro lectivo. Y Unicentrico.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO:

Diseño: No probabilístico

TAMAÑO DE LA MUESTRA

N = 112

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

De acuerdo al tipo de estudio se empleará estadística descriptiva, para el análisis inferencial se utilizará X^2 .

TRASCENDENCIA DEL ESTUDIO

Con todo ello se pretende impactar para bien en la calidad de la atención a los pacientes.

1. MARCO TEORICO:

1.1 ANTECEDENTES GENERALES.

En relación con las políticas y estrategias enunciadas para consolidar el sistema nacional de salud, destaca la necesidad de mejorar la calidad con que se otorga la prestación de los servicios de salud, por lo que el grupo básico interinstitucional de evaluación del sector salud se abocó a la tarea de elaborar una metodología que permitiera crear mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de los servicios que se otorgan en las instituciones de salud.¹

Se consideró que, como primer paso para poder promover la calidad de la atención médica debería conocerse cuáles son los aspectos que la determinan, como identificarlos y como asignar un juicio de valor a través de su verificación.¹

La evaluación de la calidad es una idea relativamente nueva y todos los países han demostrado interés en hacerla, particularmente Estados Unidos, quizá por ser el único país que tiene un porcentaje mayor de medicina privada, la que, por ser comercial- competitiva, usa más la tecnología y está expuesta a mayores riesgos y demandas legales.²

La finalidad de la evaluación de calidad es corregir errores, disminuir demandas y utilizar racionalmente la tecnología.²

Desde que Pierre Louis en 1975 habló por primera vez de evaluar la medicina, los términos que se usan hasta la fecha son, más o menos los mismos: estadística, mediciones, estándares, resultados. Aunque también hay, en los últimos años, algunos nuevos: eficacia, eficiencia, efectividad, tecnología y costos.²

En el siglo pasado también Florence Nightingale en Gran Bretaña Abogaba por utilizar métodos estadísticos para valorar la buena práctica médica.²

Ya en este siglo. Codman, Flexner, Sydenstricker y Suchman, proponían hacer un seguimiento y estandarizar, enunciar objetivos o efectuar investigaciones evaluativas. Shewart, sin embargo, en los campos de la calidad industrial, ha tenido un gran impacto, inicialmente de manera personal y posteriormente por sus cuatro conspicuos alumnos: Juran, Deming, Crosby y Feigelbaum. Desde entonces, la evaluación de la calidad se asienta en dos conceptos básicos, la posibilidad de establecer estándares y el uso de métodos estadísticos. (2) En 1933, Lee y Jones de la Universidad de Chicago afirmaban que la "buena atención médica es la práctica profesional que realizaban y enseñaban los líderes de la profesión

Médica en una época dada, acorde con el desarrollo social y cultura de una comunidad. Se basa en el uso racional de la ciencia, pone énfasis en la prevención, la colaboración entre legos y profesionales, considera al individuo íntegramente, obliga a una relación cercana del médico y el paciente, se coordina con grupos de trabajo social y con todos los servicios médicos, se basa en las necesidades sociales de la población a la que sirve". Punto por

punto, estas ideas son refrendadas en Alma Ata el año 1978, al definir la Asamblea de la OMS la atención primaria sigue siendo utilizada por la investigación en calidad.²

En 1937, Bradford Hill de Gran Bretaña aplica una prueba de control aleatorio para evaluar la eficacia de diversos tratamientos y pocos años después se reafirma como método esencial para la investigación evaluativa.²

En la década de los setentas se multiplican las investigaciones y los escritos sobre calidad.⁽²⁾

Kenneth William propuso que la comunidad participara y se creó el concepto de "accountability" (pedir cuentas a los prestadores de servicios).²

En 1972 la Asociación Americana de Hospitales lanzó un programa de Garantía de Calidad, en el mismo año inicia sus actividades la Comisión para Acreditar Hospitales, esta agrupación se dedica a efectuar auditoría de recursos básicos, procedimientos básicos, procedimientos comunes y de problemas genéricos; la idea básica en un hospital es recibir la acreditación, representando riesgos, y que tienen derecho a condiciones ventajosas en los seguros de operación.²

Robert Maxwell, de Gran Bretaña, hacía notar que la calidad técnica de los servicios médicos no tiene tendencia relevante en los países industrializados y en otros países son menos favorecidos. Pero el acceso a estos servicios depende de su organización social y por lo tanto, de los factores condicionantes de la salud: ingreso, empleo, vivienda, saneamiento, educación y alimentación, factores acordes con el sistema político económico y social de cada país. Con base a este pensamiento, el autor publicó en 1975 su investigación, ahora clásica para medir los resultados en 20 países industrializados.²

Steven Schroeder de la Universidad de California (S: Fco.), publicó en 1983 lo que piensan los médicos sobre la calidad;

1. Predomina la idea de que mayor número de actos médicos es igual a mejor calidad, pero esto significa un mayor costo
2. La demanda es más importante que las necesidades sociales
- 3) Los juicios legales seguirán siendo una amenaza y el médico debe aprender a defenderse por medio del expediente clínico, las interconsultas y los exámenes diagnósticos, aun si parecen excesivos
- 4) Cada médico cree que su práctica profesional es mejor que la de sus colegas y por lo tanto no admite sus críticas
- 5) La educación profesional que él recibió es la más completa posible
- 6) Es indispensable contar con conocimientos financieros y fiscales para ser competitivo

7) Es útil conocer los costos de exámenes y medicamentos

8) Es necesario participar en programas educativos, ya que dan prestigio² Brook y Lohr de la Rand Corp, plantean una pregunta crucial: ¿Cuáles son los incentivos para el medico que Tiene mayor calidad? En algunos casos puede ser una mejor clientela, pero no siempre hay relación entre lo que hace un médico, considerado como líder por sus colegas y el número de pacientes o los precios que cobra; o bien un médico de poco prestigio profesional y académico con una gran clientela.³

David Eddy, de la Universidad de Duke en Carolina del Norte, ha estudiado el papel de la incertidumbre en el manejo que hace el medico de sus pacientes: prejuicios, errores, interpretaciones sesgadas, opiniones, motivaciones y valores que pueden debilitar los eslabones que forman la cadena del juicio clínico. Cuando un médico esta frente al paciente, tiene incertidumbre en relación con:

- 1) la definición de la enfermedad.
- 2) si está seguro de que exista una enfermedad que le obligue a efectuar un interrogatorio hábil y dirigido.
- 3) seleccionar los signos mediante la observación y lo pone frente a una gama de posibilidades.
- 4) escribir su pensamiento en la historia clínica, que no representaría ningún problema si tuviera la certeza de los puntos anteriores.
- 5) finalmente, estimar las preferencias del paciente y las del mismo para comunicar.³ El problema de la utilización de los recursos se comienza a discutir a fines de la década de los años ochenta y hay una extensa literatura al respecto que busca definir cuáles son los servicios adecuados o inadecuados en cada padecimiento, tarea que se ha mostrado sumamente compleja al desarrollar los grupos relacionados con un diagnostico (DRGs), procedimiento dirigido a que el Medicare pueda calcular prospectivamente el pago a cada grupo hospital que atiende una enfermedad determinada; cada clave es definida por un conjunto de atributos, los procedimientos que incluye el diagnostico principal, los secundarios, los procedimientos que se deben aplicar en el diagnóstico y el tratamiento, sexo, edad y su estado cuando es dado de alta.³

En general se admiten tres tipos de inadecuada utilización:

Exceso de recursos utilizados sin riesgo para el paciente (producen dispendio, no dañan al paciente).

Exceso de recursos utilizados con riesgo para el paciente (dispendio y daño)

Insuficientes recursos utilizados para considerar que se practicó la medicina adecuada (priva a la sociedad de beneficios probados; medicina preventiva y rehabilitación).³

En el año de 1985 Ishikawa publicó su famoso libro sobre el control total de calidad en la aplicación a la atención médica. En Japón se inició el control total de la calidad o los

círculos de calidad después de terminada la Segunda Guerra Mundial con el estudio de las técnicas de controles estadísticos y la definición de estándares para la producción de bienes. Descubrieron muchos datos que no eran confiables y era necesario instrumentar los métodos de muestreo, medición y análisis y se establecieron las normas industriales japonesas y operar en base a hechos y datos.³

La Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Ciudad de la Habana Jan. En 1996 propone una metodología que permite evaluar la calidad, utilizando para ello la selección de actividades y/o problemas de salud que puedan ser considerados como “trazadores” para el proceso y métodos participativos para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación, en los que interviene en el propio personal de la institución objeto de la misma, y se refieren no solo a los resultados de la atención, sino también a la estructura y el proceso. Se incluye la opinión de los usuarios del servicio. La aplicación de esta metodología permite un mayor compromiso de los proveedores de los servicios con los resultados del proceso y con las medidas correctoras de que el derive, por lo que se hacen más factibles las soluciones a los problemas que se detecten. Se demuestra como una aplicación práctica en una institución de atención primaria de salud, permitió conocer la calidad de la atención a pacientes hipertensos mediante la evaluación de 2 importantes dimensiones de la calidad: calidad científico técnica de la atención y satisfacción del usuario. Se utiliza esta metodología para la evaluación de la calidad de la atención a la madre y al niño y se diseña un proyecto para la evaluación de la calidad de los Servicios de Higiene y epidemiología de un sistema local de salud.³

En Cuba, desde el triunfo de la Revolución en 1959, el Estado ha asumido totalmente la responsabilidad de la atención de la salud con igualdad de oportunidades de recibir atención completa.

Elevar la calidad de la atención médica primaria constituye una de las directrices específicas en los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana con calidad.³

Cuba identifica las siguientes esferas dentro de la calidad de la atención: Competencia y Desempeño Profesional.

Efectividad

Eficiencia

Accesibilidad

Satisfacción

Adecuación

Continuidad

La metodología que utiliza es la siguiente:

Preparación del proceso evaluador.

Ejecución del proceso evaluador.

Seguimiento del proceso.

Resultados obtenidos en la aplicación del proceso.

La metodología propuesta permite de forma paulatina, ir evaluando la calidad de la atención tanto de diferentes problemas de salud como de los distintos atributos que la componen, garantizando una adhesión adecuada de usuarios y proveedores al programa de mejora de la calidad que se diseñe.

Propuesta publica en la Revista Cubana Salud Publica. ³

En 1997 la implantación de una política de mejora continua en el servicio prestado, el hacer las cosas basándonos en la mejor evidencia científica y en última instancia, el lograr la satisfacción del usuario es el objetivo de cualquier política de calidad. ⁴

Por lo que se edita un Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias surge a iniciativa del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, es el resultado de un gran trabajo realizado por un grupo de profesionales calificados, que representan a todos los niveles asistenciales y a las sociedades científicas. ⁴

En el Municipio 10 de octubre en 1997 en Cuba se realiza un estudio transversal, para evaluar algunos aspectos de la calidad de la atención médica brindada en los policlínicos principales de urgencias (PPU) del Municipio 10 de octubre. Para ello se aplicó un cuestionario auto administrado a los usuarios seleccionados. La muestra quedó confirmada por 328 pacientes. El comportamiento de los criterios seleccionados para medir la estructura y el proceso arrojó valores no aceptables en casi la totalidad de los criterios y manifestó amplias desviaciones de los valores obtenidos en relación con los establecidos.

La calidad de estos servicios es susceptible de mejoras que permitan que estén a la altura de lo esperado por los usuarios y la resolución de sus problemas. Por lo que se sugiere en este país que debe realizarse estudios periódicos que permitan evaluar la calidad de la atención médica en PPU del Municipio 10 de octubre, con el fin de conocer como marcha su funcionamiento y si están en correspondencia con los objetivos para los que fueron creados.

⁵

En julio de 1969 el Instituto de Medicina (llamado entonces Junta de Medicina) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América emprendió un programa llamado –Contrastes de la Situación de la Salud- para evaluar los servicios recibidos por diferentes sectores de la población. Al idear un método para valorar la situación de la atención de la salud el instituto se basó en la premisa de que ciertos problemas específicos de salud podrían como “trazadores” para analizar la prestación de los servicios. Al combinarse en conjunto, estos indicadores brindan un marco para la evaluación de la interacción que se produce entre los proveedores, los pacientes y sus respectivos medios. Al mismo tiempo pueden generar datos de fácil comprensión capaces de retro informar el sistema de prestación de servicios de salud. ⁶

El concepto de trazador fue obtenido en préstamo de las ciencias clásicas.

Para medir las funciones de un sistema de atención de la salud, los trazadores necesarios son problema de salud identificable y separada, cada uno de los cuales ilustra de qué

manera opera un sector cualquiera del sistema, no aisladamente sino en relación con los demás sectores.⁶

El supuesto básico es siempre el mismo: la forma en que un médico o un equipo de médicos administran la atención de manera rutinaria en relación con las enfermedades comunes será un indicador de la calidad general de la atención y de la eficacia del servicio que se presta con dicha atención.⁶

En conclusión los trazadores brindan un marco conceptual útil y una base de datos para evaluar la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, como cualquier sistema de evaluación, este método debe ser adaptado y verificado en la práctica cotidiana no académica.

Es especialmente importante observar que en ningún sistema de evaluación, se puede emplear de inmediato a nivel nacional para satisfacer la naciente ansia política de evaluar la calidad de los servicios.⁶

En México es creada por el presidente Vicente Fox Quesada y el secretario de salud Dr. Julio Frenk Mora una cruzada para mejorar la calidad de atención que reciben, nuestros enfermos apoyada en una mejor capacidad de los médicos y en el derecho ineludible del paciente de la libertad de elección del médico⁷

Arenas y Jiménez (2004) destacan que es imprescindible reformar los procesos de educación y atención a la salud. Es importante establecer una educación de calidad y conocimiento de lo que esto significa. Debemos recordar que la base de una mejoría en la calidad es reducir la variabilidad y estandarizar los cuidados así como la disponibilidad de uniformidad en estándares de manejo, a través de guías, protocolos reconocidos o establecidos⁸

en 2006 , el IMSS y la división técnica de información estadística en salud presentaron los resultados de publicación salud : México 2004 , donde se realizó una evaluación comparativa de las instituciones de seguridad social , del país mediante 29 indicadores englobados : mortalidad hospitalaria , productividad y disponibilidad , de recursos , calidad de la atención , seguridad del paciente , gasto e inversión , trato y satisfacción del paciente . Las fuentes de información viene de diferentes sistemas institucionales de salud, la base de datos de egreso del mis y de la secretaria de salud.⁸

Los resultados arrojados en cuanto a indicadores generales de calidad fueron. La certificación hospitales donde PEMEX tiene 91.3 % de sus 23 hospitales ,, el IMSS 44,4 % de los 260 hospitales , las fuerzas armadas muestran los porcentajes más bajos de hospitales certificados en calidad de atención⁸

Respecto a la atención pronta en los servicios de urgencias y de la cirugía programa, IMSS- Oportunidades ocupó el primer lugar. Los tiempos de espera para la atención médica de urgencias muestra porcentajes que favorecen notoriamente a IMSS- Oportunidades, 10 % por arriba del ISSSTE, la institución más cercana. La calificación del trato respetuoso es alta para todas las instituciones⁸

En los servicios de urgencias la mayoría de las quejas en contra de los médicos no es por los riesgos que tiene el enfermo , al recibir un tratamiento o por una acción u omisión médica , la gran mayoría son problemas de actitud o mal trato al usuario , las causas de esta conducta es de origen multifactorial , pero ninguna justifica este comportamiento⁸

1.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

En los últimos años se ha despertado un gran interés por el tema de la calidad de la atención a la salud a nivel internacional. En este ámbito, la calidad ha pasado así, de manera paulatina, de ser considerada como un valor meramente retórico y recientemente, de ha ido configurando como un valor explícito cada vez más concreto, tanto para los profesionales como para los sistemas de salud en conjunto⁹

Calidad de Atención Médica.

Son múltiples las definiciones que se han generado del concepto “calidad de la atención médica”. Lee y Jones en un documento ya clásico, definieron el concepto de “buena atención” como la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado agregaron varios principios que deben tomarse en cuenta para juzgar la bondad de la atención. Sin embargo, la definición clásica, contemporánea ha sido desarrollada y meticulosamente analizada por Donabedian. De acuerdo con él, la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esa propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.⁹

A diferencia de las típicas definiciones de calidad, que se ofrecen en el ámbito de la producción de bienes, en donde la calidad está definida casi exclusivamente, a partir de la satisfacción del cliente con el producto, en el caso de la atención a la salud, en donde el servicio se otorga a la persona y en el que el objetivo central es actuar sobre sus atributos individuales, la mera satisfacción del usuario no resulta suficiente para definir el concepto.

Por otra parte debe destacarse que el concepto calidad puede distinguirse dos dimensiones íntimamente relacionadas, a las que Donabedian denomina “técnica e interpersonal”. La primera se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente. La segunda alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente. Dentro de esta segunda dimensión puede incluirse una posible tercera dimensión que se denominaría “comodidades”, es decir, las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio.⁹

En la gestión de cambio de empresas con cultura tradicional a entidades sociales con Calidad Integral se sustenta en el Factor Humano; elemento fundamental de nuestro modelo de Calidad Integral, que hemos implementado exitosa mente desde finales de los 70's en México.¹⁰

En este modelo consideramos que la Empresa, como un sistema de Calidad Total, es análoga a una cadena de cuyos eslabones, por su robustez e integración, depende la Calidad Integral, es análogo a un eslabón capaz de soportar y contribuir positiva mente a las tensiones para la competitividad creciente mente exigida.¹⁰

La filosofía administrativa moderna del Control de Calidad Integral ayuda a la formación de personas de calidad en el pensamiento, acción y orientación a resultados competitivos.⁽⁸⁾

Algunas características vitales de las personas de calidad facultadas para ofrecer productos de calidad son:

Realización a través del trabajo (concepto positivo) Apertura y retro-alimentación.

Capaces de complementarse con los demás.

Personalidad racional ampliamente desarrollada.

Manejan positiva mente las diferencias de opinión.

Actitud madura.

Espíritu de logro.

Participativo, pero situacionales.

La calidad de la atención busca el incremento en los beneficios para el paciente, disminuyendo de manera significativa los riesgos a costos razonables.

Las dimensiones de la calidad en salud son muy complejas. Sin embargo, tienen tres orientaciones básicas.¹⁰

1. La dimensión técnica expresada en los materiales y equipo.
2. La dimensión interpersonal expresada en la relación médico-paciente.
3. Comodidad en cuanto a los aspectos físicos.

Las tendencias de la calidad se orientan en los siguientes puntos:

1. Traslado de prioridades de los costos hacia la calidad-eficacia.
2. Demostración de resultados para negociar precios.
3. Énfasis en resultados de atención más que en los procesos.
4. Aumento del escrutinio sobre la calidad.
5. Benchmarking, (análisis comparativos de referencia)
6. Certificación de organización.
7. Certificación y re certificación de profesionales.
8. Mejora continua/ calidad total.
9. Aumento en los conocimientos sobre calidad.

10. Sistemas integrados verticales y horizontales. ¹¹

En el ámbito de la atención médica la garantía de calidad se define como el conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir o resolver problemas oportunamente que permitan aumentar los beneficios y disminuir los riesgos de los pacientes a través del monitoreo, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional. ¹¹

Garantizar la calidad de los servicios de salud es una necesidad que se acrecienta en nuestro medio, no solo en los centros de alta especialidad médica y tecnológica, sino más aun en el primer nivel de atención, área en que se otorgan servicios a la mayor parte de la población ¹²

La calidad en la atención médica se expresa asegurando el logro de los mayores beneficios posibles en la salud del paciente, sometiéndolo a los menores riesgos y procurando el óptimo uso de los recursos disponibles (para evitar desperdicios y reducir costos). Tomando en cuenta lo comentado, resulta comprensible que las organizaciones de salud estén cada vez más interesadas en ofrecer un nivel de calidad que les permita competir con ventajas en el mercado de la salud, para el caso de las instituciones privadas, y satisfacer las necesidades de Salud Pública, para el caso de las instituciones gubernamentales. En ambos casos se pretenderá dar mayor respuesta a la exigencia de usuarios y terceros pagadores e igualmente será necesario el desarrollo del sistema de información que refleje, entre otros aspectos importantes, el nivel de calidad logrado. Por supuesto que el ejercicio profesional del médico tendrá que verse orientado por el logro de la satisfacción de sus pacientes basado en la solución de sus problemas de salud ¹²

Existe otro concepto más importante para integrar un marco de referencia básico sobre el significado de la calidad de la atención médica. Se espera que el personal de salud, además que pueda explicar en qué consiste, identifique los aspectos más importantes en que pueda intervenir para asegurar el nivel de calidad más alto posible.

CALIDAD

La Real Academia Española define calidad, en su primera acepción, como una “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarlas como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. ¹³

Es muy importante comprender el carácter relativo del concepto de calidad. Solo de este modo podrán ser claro por qué un mismo producto puede ser de buena calidad para unos, mientras que para otros puede dejar mucho que desear. ¹³

CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA.

Para Donabedian la calidad de la atención médica “Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud”. ¹³

Para Ruelas y Querol (1994) la calidad”... es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos (la buena calidad) Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos

mayores beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes. La calidad implica por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma.”¹³

¿QUE ES LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD? La calidad es una propiedad (o conjunto de atributos) de la atención en salud. Es la obtención de los beneficios mayores posibles con el menor riesgo para los clientes y su ambiente, en función de los recursos disponibles y de acuerdo a los valores sociales y culturales imperantes. No es un concepto absoluto, los riesgos prevenibles y los beneficios factibles se miden contra un estándar construido o modelo de comparación. Esta definición general incorpora tres atributos principales: -La competencia profesional, la relación interpersonal cliente-agente de salud y la interacción ecológica hombre-entorno. La primera se refiere a la aplicación de los conocimientos científicos técnicos más apropiados para resolver los problemas de salud de los clientes. La segunda alude a la interacción entre el equipo humano proveedor del servicio y los clientes diversos del sistema de salud (calidez). La última implica que el hombre es inseparable de su ambiente físico y social.¹⁴

La calidad es una actividad dinámica, continua de identificar y corregir las fallas y riesgos en las rutinas y procedimientos y es el factor principal para la supervivencia de una institución o empresa de salud.¹⁴

LOS TRECE CONCEPTOS SOBRE LA CALIDAD.

1. La calidad se da por convencimiento, nunca por decreto.
2. La calidad es un compromiso. La alta administración que no puede delegarse y es el ingrediente principal del liderazgo gerencial en los sistemas de salud.
3. La calidad debe integrarse a cada acción, sea esta administrativa, productiva o de cualquier índole, la calidad no puede inspeccionarse.
4. Las características de la calidad de un producto, bien o servicio, siempre serán establecidas por el usuario o cliente, en función de el y nunca por el proveedor, aunque la competencia profesional es un ingrediente principal.
5. La calidad no es algo subjetivo o intangible, sus características son perfectamente objetivas y cuantificables, en todos los niveles y procesos del sistema de salud.
6. La calidad no es un evento aislado, tampoco es responsabilidad de una persona o de un departamento; la calidad es integral, total y por lo tanto, es responsabilidad de todos y cada uno dentro de la organización.
7. La calidad está relacionada principalmente con las personas y sus actitudes no son técnicas ni herramientas. Primero es cuestión de decisión (querer condición suficiente) y segundo, de capacitación en su tecnología (saber condición necesaria).
8. La calidad se basa en la administración con hechos, el control estadístico y en el respeto a la dignidad de la persona, de su participación y de su compromiso.

9. La calidad significa aprender a hacer las cosas correctas y bien, a la primera vez, aborrece el desperdicio.
10. La calidad es la voluntad de servir y no de servirse, de trabajar con los clientes y no sobre los clientes.
11. La calidad es el nuevo modelo de cliente exigente a proveedor servicial, por ello se requiere de un equipo humano bien capacitado, integrado y motivado.
12. La calidad es el mejoramiento continuo de los sistemas, los proyectos y procesos de salud.
13. La calidad es principio y fin de toda actividad humana; que da como consecuencia orgullo, satisfacción de los clientes, de los proveedores del servicio, de la población y de los clientes, sin producir deterioro o daño del ambiente.¹⁴

LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD.

Para Donabedian, la calidad de la atención médica tiene dos dimensiones inseparables y que tiene lugar de manera simultánea durante el proceso de atención:

Dimensión técnica: Se refiere a la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente.

Dimensión interpersonal: Comprende todo lo que ocurre durante la relación que se establece entre el proveedor de la atención y el receptor de la misma¹⁵

Son aquellos atributos que pueden ser medidos con exactitud variable.

Los principales son:

Competencia científico-técnica, se refiere a la capacidad de utilización, por parte de los profesionales, del nivel más avanzado de conocimientos existentes para proporcionar salud y satisfacción a la población atendida y promover el mejoramiento del ambiente.

Accesibilidad es la facilidad con la que se pueden obtener el servicio sanitario en relación con barreras organizativas (distancia, horario) económico, emocional o cultural.

Satisfacción es la medida en que la atención y el estado de salud logrados, cumplen las expectativas de los clientes.

Eficiencia es la capacidad de reducir al máximo los costos de atención en salud y evitar el desperdicio sin afectar el mejoramiento a la salud o la satisfacción de los clientes.

Eficacia es el cumplimiento oportuno de los objetivos de mejora establecidos.

Efectividad es el grado de beneficio máximo alcanzable en salud poblacional, con la mejor atención disponible y en función de los recursos.

Oportunidad es la satisfacción de las necesidades y expectativas de salud de los clientes en el momento requerido, utilizando procedimientos apropiados y confiables, de acuerdo a las características del cliente o a la gravedad del problema.

Continuidad se refiere a la aplicación y secuencia lógica de las acciones correspondientes a cada proceso de salud.

Legitimidad es la conformidad con las normas éticas, valores y leyes vigentes que rigen a la comunidad y a la institución.

Equidad es la conformidad con los principios que rigen con la distribución justa de la atención integral en salud y sus beneficios en la población.

Suficiencia e integridad es la provisión planificada de recursos materiales, humanos, financieros y técnicos para cubrir las demandas de salud poblacional, jerarquizando las prioridades con criterio epidemiológico y de máximo beneficio, de modo tal que se otorguen servicios de promoción a la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación (atención integral).^{16,12}

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención, para mejorarla en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoria y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios.¹⁷

En nuestro país los trabajadores en pro de la calidad de la atención médica se iniciaron en el entonces recién inaugurado Hospital La Raza mediante la revisión de expedientes clínicos. Los esfuerzos se vieron concretados en 1962 en la Subdirección General Médica con la edición del documento Auditoría Médica, que sirvió de inspiración a otras instituciones del Sector Salud para establecer sus propios procedimientos de evaluación.¹⁸

En 1972 y 1973 la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social editó los documentos Evaluación médica, y el Expediente clínico en la atención médica.¹⁸

En 1972 y 1976 los trabajos de González Montesinos, Lee Ramos y colaboradores, consolidaron la evaluación del expediente clínico como instrumento para conocer la calidad con que se otorga la atención médica.¹⁸

En 1976 Enríquez de la Fuente llamó la atención acerca de la relación entre calidad y la eficiencia, al tiempo que Pachue Regis, Tamayo Pérez y Garduño Navarro, hacían énfasis en la importancia en la relación médico-paciente. Los trabajos realizados por González Posada y colaboradores durante 1983 y 1984 acerca de la evaluación integral de las unidades médicas y publicadas en noviembre de 1984, cambiaron el enfoque sobre la calidad de la atención médica y su evaluación, introduciendo conceptos que no se habían aplicado antes como la teoría de sistemas, la satisfacción del usuario, del prestador de servicios con el trabajo realizado y de la institución con la calidad con que se otorga la atención. Al mismo tiempo aparecía la primera edición del libro de Avedis Donabedian sobre la calidad de la atención médica. El grupo básico interinstitucional de evaluación retomó los trabajos de González Posada y Colaboradores y con aportaciones de expertos, procedentes de las diferentes instituciones del Sector Salud editó y publicó bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades del Sector Salud. Bajo los auspicios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social se editó el libro Calidad de la Atención médica.

Deben tenerse en cuenta los trabajos de Reyes Zapata y Colaboradores sobre los círculos de calidad; los de Bobadilla sobre la calidad de la atención obstétrica; Laguna Calderón y Salina Oviedo en las unidades médicas del departamento del Distrito Federal; las de Lilia

Duran sobre la calidad en consulta externa y particularmente los de Ruelas Barajas, que han permitido precisar los conceptos sobre los diferentes enfoques de calidad; así como los Aguirre Gass y Colaboradores sobre sus experiencias en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la evaluación integral de Hospital del tercer nivel de atención médica.¹⁸

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social el concepto de calidad inicia y termina en la satisfacción del usuario, que comprende a su vez interrelación de elementos previos para lograr con ellos los siguientes objetivos: mejoría continua, liderazgo y desarrollo de programas de capacitación, teniendo la calidad una dimensión dirigida al cambio y con una estructura que parte con una orientación al usuario y del cumplimiento al liderazgo así como del trabajo en equipo explicando de manera precisa el modelo de atención a la salud.¹⁹

La atención primaria a la salud (APS) es desde hace varios años la estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para poder elevar el nivel de salud de la población.²⁰

La APS es una estrategia propuesta hace veintitrés años por la OMS para mejorar la salud y alcanzar el desarrollo tanto económico y social, enfatizando que dichos cambios deben estar de acuerdo con capacidades económicas como de infraestructura del ámbito en donde se trate de implantar, es decir, no se requiere tecnologías sofisticadas para su operación.

La APS incluye tanto acciones que inciden en forma directa en la salud.

Las acciones de incidencia directa son las que atañen a los servicios asistenciales de salud y entre estas destacan aquellas que deben dirigirse a la comunidad como Salud Pública y las que deben dirigirse al individuo: atención médica, ambas sinérgicas.²⁰

Una característica esencial de estas acciones es que tienen un carácter preventivo, a diferencia de la práctica médica realizada hasta hace algunos años. Dichas acciones tienen como objetivo disminuir los factores de riesgo a través de programas de acción sistematizados, en los cuales se incluye el equipo de salud como al individuo y la comunidad, de modo que se auto responsabilicen del cuidado de su salud.²⁰

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud.²¹

La buena atención médica es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto periodo de desarrollo social, cultural y profesional de una determinada comunidad o grupo de población. Por tanto, en la descripción de los servicios esenciales para una buena atención médica, únicamente se han utilizado los requerimientos más ampliamente aceptados.²²

El concepto de buena atención médica que se emplea en el presente estudio parte de ciertos artículos de fe, que pueden formularse de la siguiente manera:

1. La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas. La medicina moderna no tiene lugar los charlatanes, curanderos o magos:

Cualquier sistema de prevención, diagnóstico o tratamiento que no se fundamente en la

observación racional y la educación, adquiere un carácter azaroso que es incompatible con una buena atención médica y confiere una base muy poco sólida para la adquisición de salud.

2. Una buena atención médica enfatiza la prevención. La medicina preventiva de ninguna manera está confinada a las “actividades de Salud Pública”. Las ideas de prevención y promoción a la salud deben alcanzar todas las ramas de la medicina.

3. La buena atención médica trata al individuo como un todo. “Las enfermedades no son individuales sino estados diversos de los individuos”.

4. La buena atención médica exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina científica. La cooperación de los pacientes es tan importante como la eficiencia de los médicos y la disponibilidad y excelencia de los servicios.

5. Una buena atención médica mantiene una buena relación personal cercana y continua entre médico y paciente. La premisa básica de la buena atención médica es una profunda familiaridad con la personalidad y las costumbres del paciente.

6. La buena atención médica funciona en coordinación con trabajo social. “Donde existe amor por el hombre existe por este arte”. Debe tomar en cuenta el medio social en que vive y sus necesidades económicas.

7. La buena atención médica coordina los diferentes tipos de servicios médicos. Se requiere de una coordinación estrecha entre las agencias e instituciones encargadas de proveer los servicios médicos.

8. Buena atención médica significa que todos los servicios de medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas. Desde el punto de vista de la sociedad como un todo, los aspectos cualitativos de la atención médica no se pueden disociar de sus aspectos cuantitativos.²²

En los estudios de calidad de la atención la Organization of Economic Cooperation and Development (OECD)² ha identificado tres áreas que de manera complementaria dan cuenta del mejoramiento en la prestación de los servicios de salud: 1) la eficiencia clínica; 2) la seguridad del paciente y 3) la experiencia del paciente. Las dos primeras áreas utilizan diversas fuentes para medir la calidad, como los registros de mortalidad y morbilidad, incidentes críticos, datos administrativos, expedientes electrónicos e impresos, los insumos de los sistemas (profesionales de la salud, unidades médicas, tecnologías), el diseño de los sistemas de salud donde se establece la distribución de responsabilidades en la rendición de cuentas, el monitoreo a través de la implementación de estándares, guías, infraestructura y flujos de información y finalmente el mejoramiento al sistema que incluye la calidad, la seguridad y los incentivos al personal. La tercer área, la que a nosotros nos interesa, utiliza como fuentes de medición las encuestas de satisfacción a los pacientes. La OECD desde hace más de un lustro, promovió la formación de un equipo de expertos denominado “HealthCareQualityIndicators Project” (HCQI) con el fin de establecer sistemas nacionales para recolectar información longitudinal sobre la experiencia de los pacientes. Sus metas para mejorar la atención son: reducir la fragmentación del sistema, mejorar la rendición de cuentas, involucrar al paciente en el cuidado de su salud, implementar estrategias de prevención, estimular la transparencia en los procesos e influir en la calidad de la atención.²³

De acuerdo con Aguirre Gas: La calidad de la atención médica es otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con

satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario , del prestador de servicios y de la institución.

En estas definiciones se va perfilando el conjunto de propiedades que nos permiten juzgar la calidad de la atención médica, tales como: beneficios, riesgos, costos y oportunidad, entre otras. Nuevamente el Instituto de Medicina de Estados Unidos se encarga de en listar y definir las propiedades que constituyen una Atención Médica de Calidad ²⁴

Con el propósito de conocer las características de los servicios de urgencias (SU) en las Unidades de Medicina Familiar (UMF), la Jefatura de Servicios de atención medica efectuó el diagnostico situacional de estos en 1993. De las 1022 UMF del sistema se recibió información de 843 y de estas se reportó que existían 727 SU y Servicios de Primeros Auxilios, de los que solo 45% cumplía con el modelo arquitectónico normado. Los recursos tecnológicos no llegaban a 505 y la demanda de atención por urgencias no real eran 2.4 veces mayor que por urgencias real. Del total de consultas otorgadas por urgencias real, el 35.7% de los pacientes amerito permanecer en el área de observación y el 19.5% fue enviado al segundo nivel de operación. ²⁵

Los anteriores resultados permitieron conocer con mayor precisión la infraestructura de estos servicios, pero no las necesidades de información complementaria acerca de los motivos por los cuales los derecho habientes acuden a demandar atención en el servicio ²¹

El Manual para la Acreditación y Garantía de Calidad,define a la acreditación como: un dictamen positivo que se obtiene al alcanzar un puntaje de 85 % y más como resultado de la auditoria de las condiciones de capacidad, calidad y seguridad, conforme a la cédula que se aplica en los establecimientos de salud, para Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES),Unidades Médicas Móviles (Caravanas de la Salud),Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) de primer y segundo nivel; y de 90 % y más para Gastos Catastróficos, Seguro Médico para una Nueva Generación y Malformaciones Congénitas y Adquiridas. ²²

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en el que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inadecuado de medicamentos, la seguridad del equipo y las prácticas clínicas seguras.

En la dimensión de compromiso con la calidad, uno de los grandes retos para cualquier Sistema de Salud es prestar servicios de salud no solo eficiente y eficaz, sino con el más elevado nivel de calidad posible.

En un estudio sobre calidad de atención, 35.5 % de los encuestados expresa su compromiso con la calidad actualizando su conocimiento técnico para proporcionar servicios de calidad a los pacientes y asistiendo a programas de capacitación en calidad, mientras que un 27 % lo hace participando en comités y un 16 %, respetando los derechos de los usuarios y proporcionando un trato digno. Esto refleja que hay que trabajar en la capacitación de la calidad en las diferentes áreas de una institución de salud para que se involucren y participen en el desarrollo de programas no solamente de calidad, sino de mejora continua, y que puedan ser aplicadas a su institución o incluso ser replicadas en otras instituciones del sector salud. ²⁶

Santo Toribio Xicohtzinco, es un municipio que pertenece al Estado de Tlaxcala; Xicohtzinco es una palabra náhuatl, que significa “el lugar donde hay jicotes”, la raíz principal de la palabra es “xicotl” que quiere decir abejorro, también puede interpretarse como: “el lugar que está detrás de los jicotes” porque “tzinco” es una preposición náhuatl, que significa detrás, por lo que su significado se entiende como: “lugar de jicotes”o “detrás del jicote”.

Cuenta la leyenda que después de la celebración en los campos, realizada por parte de los campesinos de la Hacienda de Palula a la imagen de Santo Toribio de Astorga, con el permiso del dueño de la hacienda, una jicotera impidió que la imagen pudiera ser devuelta a su lugar de origen ante este hecho, el patrón de la hacienda dio la orden de que la imagen se quedará en el lugar donde los campesinos le habían celebrado su festividad.

El Porfiriato. Durante este periodo Xicohtzinco se une junto con Papalotla (otro municipio de Tlaxcala) para comprar una propiedad y formar una sociedad agrícola, el valor de la hacienda fue de \$16. 000 según datos de la Presidencia Municipal de Xicohtzinco.

En 1945 existían 45 municipios y entre ellos Xicohtzinco. El 2 de septiembre de 1964 mediante el decreto 106 con base a la ley orgánica municipal se modifica la denominación de cabecera municipal y solamente sería Xicohtzinco.

1941. Independencia de Xicohtzinco del municipio de Zacatelco.

Localización y límites territoriales.

Se localiza en la zona sur del Estado de Tlaxcala entre los 19° 10' latitud y 98° 13' longitud oeste a una altitud de 2, 188 metros sobre el nivel del mar.

Su extensión geográfica es de 9, 392 Km la cual representa el 0.24% de la superficie total del Estado de Tlaxcala.

En este Municipio se encuentra ubicada la Unidad de Medicina Familiar No 5 de la Delegación Tlaxcala , en esta unidad se cuenta con 2 consultorios , para el servicio matutino y 2 consultorios para el vespertino , además con un consultorio de admisión medica continua que como su nombre lo indica funciona las 24 hrs del día así como sábados y domingos.

Entre otros servicios como son medicina preventiva y planificación familiar

Donde se atienden diariamente en promedio 9 consultas por la mañana; 14 consultas por la tarde; 18consultas en fin de semana y 6 consultas del turno nocturno

Dicho servicio está a cargo de médicos especialistas en medicina familiar, medicina de urgencias y médicos generales.

Se presenta este estudio por la factibilidad de realizarse así como; por ser un requisito para el médico en formación como especialista elaborar un estudio de investigación , en su área de formación y además sea su centro de trabajo.

2. JUSTIFICACION.

En los servicio de urgencias la mayoría de las quejas en contra de los médicos no es por riesgos que tiene el enfermo al recibir un tratamiento, o por una atención u omisión médica, la gran mayoría son por problemas de actitud o de mal trato al usuario, las causa de esta conducta es de origen multifactorial, pero ninguna justifica este comportamiento. Podría mencionarse la intensa carga de trabajo, poco personal para la atención, en ocasiones la carencia de recursos materiales, factores económico (honorarios injustos), el trabajo bajo estrés, y con temor a una demanda legal.

La alta frecuencia de demandas legales ha motivado el deterioro entre el equipo médico y es frecuente que en el expediente clínico observemos notas en las que se trata de deslindar la responsabilidad al interconsultante o se culpe a la institución por no proporcionar equipo, medicamentos o estudios especiales

Existen varios factores que influyen en la calidad de atención de los servicios de urgencias, sin embargo, se desconoce cuáles son los factores que más impactan al momento de la atención de los pacientes en estos servicios.

Sin embargo, actualmente existe un crecimiento vertiginoso del interés por la Calidad de la atención médica. La calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobre-vivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social

El tema de calidad en urgencias pretende acercar a los profesionales que trabajan en urgencias y el enfoque de la calidad en nuestra actividad, tanto la calidad científico-técnica de los medios que empleamos en el tratamiento de los pacientes con un problema agudo, de inicio súbito, como la calidad percibida por el paciente.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuestra institución aún enfrenta grandes carencias de recursos materiales, humanos, entretros, por lo que se ha soslayado la cuestión de la calidad de los servicios de salud.

Ahora bien, en un medio como el médico acostumbrado a centrarse excesivamente en aspectos cuantitativos, el asunto de la calidad y la mayor parte de los intentos para evaluarla, se han limitado al recuento de acciones emprendidas sin plantearse el efecto real que dichas acciones tienen sobre la salud, ni la medida en que satisfacen las necesidades de los individuos y de la población.

Varios son los factores que condicionan en la calidad de la atención de los paciente , en los servicio de urgencias por lo que se plantea la pregunta siguiente .

¿Cuáles son los factores médico administrativos que condicionan la calidad de la atención en el servicio de urgencias en el turno vespertino de la U.M.F. No 5 del IMSS en Santo Toribio XicohtzincoTlaxcala?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores médicos administrativos que condicionan la calidad de la atención médica en el servicio de urgencias del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.5 de santo Toribio Xicohtzinco Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar los factores médicos que condicionan la calidad de la atención médica en el servicio de urgencias.
2. Evaluar los factores administrativos que condicionan la calidad de la atención médica en el servicio de urgencias.
3. Evaluar los factores que condicionan en el usuario la utilización de los servicios de urgencias.

5.- HIPOTESIS

LOS FACTORES MEDICOS ADMINISTRATIVOS SON LOS QUE CONDICIONAN LA CALIDA DE LA ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UMF No 5 DEL IMSS TLAXCALA

5. MATERIAL Y METODOS

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO Es un estudio, observacional, transversal, analítico, pro lectivo. YUnicentrico.

5.2 UBICACIÓN ESPACIO -TEMPORAL:

La presente investigación se llevará a cabo en pacientes que acudan al servicio de Urgencias del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.5 de santo Toribio Xicohtzinco Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de Octubre – Diciembre 2015

5.2.1

5.3 MUESTREO:

5.3.1 DEFINICION DE LA UNIDAD DE POBLACION

Población derecho habiente del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tlaxcala. adscrita a la unidad de medicina familiar (UMF) No.5 santo Toribio Xicohtzinco Tlaxcala.

5.4 SELECCION DE LA MUESTRA

A todo paciente que solicite la atención médica en el servicio de urgencias en el turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No.5 de santo Toribio Xicohtzinco Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social.

5.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

5.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Paciente que solicite la atención medica en el servicio de urgencias en el turno vespertino.

Paciente que acepte participar en el estudio

5.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Paciente que se encuentre en estado crítico de salud que no se pueda aplicar la encuesta.

5.5.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

No se propone por el tipo de estudio.

5.6 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico

5.6.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra de una población N conocida del total de pacientes atendidos durante un año en el turno vespertino del servicio de urgencias de la U.M.F.No.5 Santo Toribio Xicohtzinco, Tlaxcala.

Formula:

$$n= 92$$

5.7 **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** De acuerdo al tipo de estudio se empleará estadística descriptiva, para el análisis inferencial X2.

5.8. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Serán principalmente obtenidos por la participación de pacientes que soliciten consulta en urgencias, previo consentimiento informado y posterior a recibir su consulta serán encuestados para la obtención de variables socio demográficas que en lo posterior serán analizadas.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

| variables | definición conceptual | definición operacional | tipo de variable | escala | medición | instrumento |
|-------------------------|--|--|------------------|---------|---|--------------------|
| CALIDAD DE LA ATENCIÓN. | Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud". ⁽¹¹⁾ | se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. | Cualitativa | Ordinal | Por puntuación Muy buena 5 Buena.....4 Regular.....3 Mala.....2 Muy mala ..1 | Encuesta PECASU SS |
| | | | | | | |

VARIABLES INDEPENDIENTES

| variables | definición conceptual | definición operacional | tipo de variable | escala | medición | instrumento |
|------------------|--|---|------------------|---------|---|-------------------|
| FACTORES MÉDICOS | factores directamente Derivados del médico y su interrelación con el paciente, dados por su Ausencia o existencia. | se identificara de acuerdo a la respuesta del derecho habiente de su estado de salud tratada por médico familiar o médico particular. | Cualitativa | Ordinal | Por puntuación Muy buena Buena Regular Mala Muy mala | Encuesta Pecasuss |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|---|-------------|---------|---|-------------------|
| | | <p>Atención Médica: Buena o Mala</p> <p>Ausentismo Médico: Si/No</p> <p>Indicación Médica de realización de Procedimientos Terapéuticos: Buena/Mala</p> <p>Clasificación de la Urgencia: Real/Sentida</p> | | | | |
| FACTORES ADMINISTRATIVOS | causas administrativas que influyen en la atención del paciente y que están fuera del alcance del medico | tiempo de espera vigencia de derechos; falta de medicamento o turno al que pertenece | cualitativa | Ordinal | Muy buena Buena Regular Mala Muy mala | Encuesta Pecasuss |
| FACTORES USUARIO | son los factores directamente relacionados con el paciente, derivados de su actividad diaria así como de su | omisión del tratamiento; tiempo de evolución de su padecimiento; solicitud de atención medica; no acudir a su horario | cualitativa | Ordinal | Muy buena Buena Regular Mala Muy mala | Encuesta pecasuss |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| | ideología. e idiosincrasia. | establecido; Autorización de atención médica. | | | | |
| | | | | | | |

7.0 MÉTODOS DE RECOLECCION DE DATOS

Serán obtenidos por los pacientes que acude a consulta al turno vespertino de lunes a viernes, al servicio de urgencias y serán encuestados para la obtención de variables socio demográficas que en lo posterior serán analizadas y aplicación de encuesta PECASUSS Una vez obtenido los datos serán analizados en paquete estadístico.

7.1 TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS:

Se otorgara la consulta en forma habitual, para posteriormente, previo consentimiento informado se le aplique encuesta a todo paciente que acude a consulta al turno vespertino de lunes a viernes, al servicio de urgencias y se vacían a hoja de Excel.

Los datos de las variables en estudio, se obtendrán, ordenarán y analizarán para interpretarlos y elaborar el documento preliminar que será sometido a revisión por los asesores para elaborar el documento final.

8. LOGISTICA:

8.1 RECURSOS HUMANOS:

Tesista y asesor: experto y metodológico.

8.2 RECURSOS MATERIALES:

Procesador de dato, esc4itoria, lápiz, gomas, hojas de papel.

8.3 RECURSOS FINANCIEROS: Propios del investigador

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| ACTIVIDADES | Mayo-Diciembre 2015 | Enero 2016 | Febrero 01-15 2016 | Febrero 16-28 2016 | Marzo 01-15 2016 | Marzo 16-30 2016 | Abril 2016. |
|---|---------------------|------------------------|----------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| Elaboración de protocolo, aceptación y registro | XXXXXXXX XXXXX | | | | | | |
| Recolección de información | | XXXXXXXX xxxxxxxxxx | | | | | |
| Organización de información | | | XXXXXXXX XXXXXXXX | | | | |
| Análisis de información | | | | XXXXXX XXXXXX | | | |
| Procesamiento de información | | | | | XXXXXX XXXXXX | | |
| Redacción documento Final. | | | | | | XXXXX XXXXX | |
| Publicación | | | | | | | XXXXXX XXXXXX |

10 ASPECTOS ETICOS.

El presente protocolo se ajusta a los lineamientos de la Ley General de Salud de México, promulgada en 1986, artículo 28; capítulo IX, artículo 30,31 (incisos B, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud) y a las convenciones de Helsinki y Tokio respecto a la confidencialidad de los participantes en el estudio.

El presente estudio se apega a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998 en cuanto al uso del Expediente Clínico para la enseñanza y la investigación clínica, deberá estar aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS).

Se respetarán en el presente protocolo de estudio los principios éticos para la participación de humanos en la investigación protegiendo la autonomía, confidencialidad y privacidad de los participantes siendo tratadas con respeto y cortesía, teniendo en cuenta el consentimiento informado, así como minimizando sus riesgos y maximizando los beneficios para el proyecto de investigación, usando procedimientos razonables y bien considerados para una correcta administración, según lo establece el Informe Belmont. Del consentimiento informado el cual debe ser voluntario y por escrito, teniendo libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento o de algún otro factor coercitivo o coactivo, tener el conocimiento y comprensión de la investigación en todos sus aspectos para que pueda tomar una decisión consciente, debe tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación de la investigación le parezca imposible, lo cual se encuentra señalado en el Tribunal Internacional de Núremberg, 1947 Código de Núremberg para Experimentos Médicos.

los participantes serán informados sobre los resultados del estudio, así también cuando se presente la negativa del paciente a participar o decida de retirarse no se afectara la relación médico-paciente, todo lo anterior para dar cumplimiento a los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos dictados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y su enmienda en Tokio, también mencionado en la Regla Común del Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Se respetará la confidencialidad y privacidad de la información.

RESULTADOS

DATOS GENERALES:

En el presente estudio se obtuvieron los siguientes datos generales:

Edad: El promedio de edad es de 37 años y la moda es de 43 años.

OCUPACION: 43 son amas de casa (40.2 %), 23 obreros (21.5 %), 31 empleados (29.0%) , 3 estudiantes (2.8%) y 7 otros (6.5%)

RESPECTO AL GRADO DE ESTUDIO se observa la siguiente distribución : 29 primaria (27.1%) , 34 Secundaria (31.8 %), 35 preparatoria (32.7 %) , 6, licenciatura (5.6%)

EL TRAMITE LE PARECIÓ : 6 muy complicado (5.6 %) , 5 complicado (4.7 %), 33 sencillo (30.8 %) , 33 muy sencillo (30.8 %)

TIEMPO DE ESPERA : 6 muy largo (5.6%) , 6 largo (5.6%), 22 ni largo ni corto (26.2%), 45 corto (42.1%), 28 muy corto (26.2%).

SOLUCION A SU PROBLEMA : 1 mala (0.9 %) , 21 ni buena ni mala (19.6%) , 62 buena (57.9 %) , 23 muy buena (21.5 %) .

RESPUESTA DEL PERSONAL:

3 muy inapropiada (2.8%) , 4 inapropiada (3.7%) , 27 ni apropiada ni inapropiada (25.2 %) , 57 apropiadas (53.3%) , 16 muy apropiadas (15%).

ASEO DE LA UNIDAD:

3 muy mal (2.8%), 8 malo (7.5%), 27 ni buena ni malo (25.2%), 57 bueno (53.3%), 12 muy bueno (11.2 %)

EDIFICIO DE LA INSTITUCION:

4 descuidado (3.7%), 53 ni cuidado ni descuidado (49.5%) , 43 cuidado (40.2%), 7 muy cuidado (6.5 %),

SALA DE ESPERA:

14 muy incomodas (13.1%) , 15 incomodas (14.0 %) , 27 ni cómodas ni incomodas (25.2%), 49 cómodas (45.8%), 2 muy cómodas (1.9 %)

TRATO DEL PERSONAL DE SALUD. :

2 malo (1.9%), 19 ni bueno ni malo (17.8%), 61 bueno (57.0%), 25 muy bueno (23.4 %)

TRATO DE LOS PORTEROS (VIGILANTES)

3 muy malo (2.8%), 5 malo (4.7%), 38 ni bueno ni malo (35.5%), 55 bueno (51.4%), 6 muy bueno (5.6%).

COOPERACION DE LOS FUNCIONARIOS:

1 muy malo (0.9%), 3 malo (2.8%), 35 ni bueno ni malo (32.7%), 59 bueno (55.1%), 9 muy bueno (8.4%).

CAPACIDAD DE LOS PROFESIONALES PARA LA SOLUCION DE SU NECESIDAD : 2 muy baja (1.9%), 25 ni baja ni alta (23.4%), 66 alta (61.7 %), 14 muy alta (13.1%)

ORIENTACION QUE RECIBIO PARA LOS CUIDADOS EN CASA :

3 muy insuficiente (2.8%), 15 ni suficiente ni insuficiente (14.0 %) , 54 suficiente (50.5%), 32 muy insuficiente (29.9%).

Frecuencias

Estadísticos

| | Genero | Edad | Grado de estudio | Ocupación |
|-----------------------------|----------|--------|------------------|-----------|
| N | Válido | 107 | 107 | 107 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 |
| Media | 1.62 | 2.82 | 2.11 | 2.44 |
| Moda | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Desviación estándar | .488 | 1.433 | .965 | 1.066 |
| Varianza | .239 | 2.053 | .931 | 1.135 |
| Asimetría | -.487 | .319 | -.036 | .519 |
| Error estándar de asimetría | .234 | .234 | .234 | .234 |
| Curtosis | -1.796 | -1.190 | -.758 | .188 |
| Error estándar de curtosis | .463 | .463 | .463 | .463 |

Tabla de frecuencia

Genero

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido Masculino | 41 | 38.3 | 38.3 | 38.3 |
| Femenino | 66 | 61.7 | 61.7 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

Edad

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido 18-28 | 23 | 21.5 | 21.5 | 21.5 |
| 29-39 | 28 | 26.2 | 26.2 | 47.7 |
| 40-50 | 24 | 22.4 | 22.4 | 70.1 |
| 51-60 | 9 | 8.4 | 8.4 | 78.5 |
| 60-100 | 23 | 21.5 | 21.5 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

Grado de estudio

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Ninguna | 3 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| Primaria | 29 | 27.1 | 27.1 | 29.9 |
| Secundaria | 34 | 31.8 | 31.8 | 61.7 |
| Preparatoria | 35 | 32.7 | 32.7 | 94.4 |
| Licenciatura o mas | 6 | 5.6 | 5.6 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

Ocupación

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Obrero | 23 | 21.5 | 21.5 | 21.5 |
| Empleado | 31 | 29.0 | 29.0 | 50.5 |
| Ama de casa | 43 | 40.2 | 40.2 | 90.7 |
| Estudiante | 3 | 2.8 | 2.8 | 93.5 |
| Otros | 7 | 6.5 | 6.5 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

El tramite le parecio

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy complicado | 6 | 5.6 | 5.6 | 5.6 |
| Complicado | 5 | 4.7 | 4.7 | 10.3 |
| Sencillo | 59 | 55.1 | 55.1 | 65.4 |
| Muy sencillo | 33 | 30.8 | 30.8 | 96.3 |
| 5 | 4 | 3.7 | 3.7 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

Tiempo de espera

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy largo | 6 | 5.6 | 5.6 | 5.6 |
| Largo | 6 | 5.6 | 5.6 | 11.2 |
| Ni largo ni corto | 22 | 20.6 | 20.6 | 31.8 |
| Corto | 45 | 42.1 | 42.1 | 73.8 |
| Muy corto | 28 | 26.2 | 26.2 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

SOLUCION A SU PROBLEMA

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Mala | 1 | .9 | .9 | .9 |
| Ni buena ni mala | 21 | 19.6 | 19.6 | 20.6 |
| Buena | 62 | 57.9 | 57.9 | 78.5 |
| Muy buena | 23 | 21.5 | 21.5 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

RESPUESTA DEL PERSONAL

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido muy inapropiadas | 3 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| inapropiadas | 4 | 3.7 | 3.7 | 6.5 |
| Ni apropiadas ni inapropiadas | 27 | 25.2 | 25.2 | 31.8 |
| Apropiadas | 57 | 53.3 | 53.3 | 85.0 |
| Muy apropiadas | 16 | 15.0 | 15.0 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

ASEO DE LA UNIDAD

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido muy mal | 3 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| Malo | 8 | 7.5 | 7.5 | 10.3 |
| Ni bueno ni malo | 27 | 25.2 | 25.2 | 35.5 |
| Bueno | 57 | 53.3 | 53.3 | 88.8 |
| Muy Bueno | 12 | 11.2 | 11.2 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

EDIFICIO DE LA INSTITUCION

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Descuidado | 4 | 3.7 | 3.7 | 3.7 |
| Ni cuidado ni descuidado | 53 | 49.5 | 49.5 | 53.3 |
| Cuidado | 43 | 40.2 | 40.2 | 93.5 |
| Muy cuidado | 7 | 6.5 | 6.5 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

SALA DE ESPERA

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy incmodas | 14 | 13.1 | 13.1 | 13.1 |
| Incomodas | 15 | 14.0 | 14.0 | 27.1 |
| Ni comodas ni incmodas | 27 | 25.2 | 25.2 | 52.3 |
| Comodas | 49 | 45.8 | 45.8 | 98.1 |
| Muy comodas | 2 | 1.9 | 1.9 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

TRATO DEL PERSONAL DE SALUD

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Malo | 2 | 1.9 | 1.9 | 1.9 |
| Ni bueno ni malo | 19 | 17.8 | 17.8 | 19.6 |
| Bueno | 61 | 57.0 | 57.0 | 76.6 |
| Muy bueno | 25 | 23.4 | 23.4 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

TRATO DE LOS PORTEROS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy malo | 3 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| Malo | 5 | 4.7 | 4.7 | 7.5 |
| Ni bueno ni malo | 38 | 35.5 | 35.5 | 43.0 |
| Bueno | 55 | 51.4 | 51.4 | 94.4 |
| Muy bueno | 6 | 5.6 | 5.6 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

COOPERACION DE LOS FUNCIONARIOS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy malo | 1 | .9 | .9 | .9 |
| Malo | 3 | 2.8 | 2.8 | 3.7 |
| Ni bueno ni malo | 35 | 32.7 | 32.7 | 36.4 |
| Bueno | 59 | 55.1 | 55.1 | 91.6 |
| Muy bueno | 9 | 8.4 | 8.4 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

CAPACIDAD DE LOS PROFESIONALES PARA LA SOLUCION DE SU NECESIDAD

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy baja | 2 | 1.9 | 1.9 | 1.9 |
| Ni baja ni alta | 25 | 23.4 | 23.4 | 25.2 |
| Alta | 66 | 61.7 | 61.7 | 86.9 |
| Muy alta | 14 | 13.1 | 13.1 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

ORIENTACION QUE RECIBIO PARA LOS CUIDADOS EN CASA

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy insuficiente | 3 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| Insuficiente | 3 | 2.8 | 2.8 | 5.6 |
| Ni insuficiente ni suficiente | 15 | 14.0 | 14.0 | 19.6 |
| Suficiente | 54 | 50.5 | 50.5 | 70.1 |
| Muy suficiente | 32 | 29.9 | 29.9 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

CALIFICACION DEL SERVICIO RECIBIDO

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Malo | 2 | 1.9 | 1.9 | 1.9 |
| Bueno | 18 | 16.8 | 16.8 | 18.7 |
| Muy bueno | 47 | 43.9 | 43.9 | 62.6 |
| Excelente | 40 | 37.4 | 37.4 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

LA ATENCION DE LA INSTITUCION LO DEJA EN GENERAL

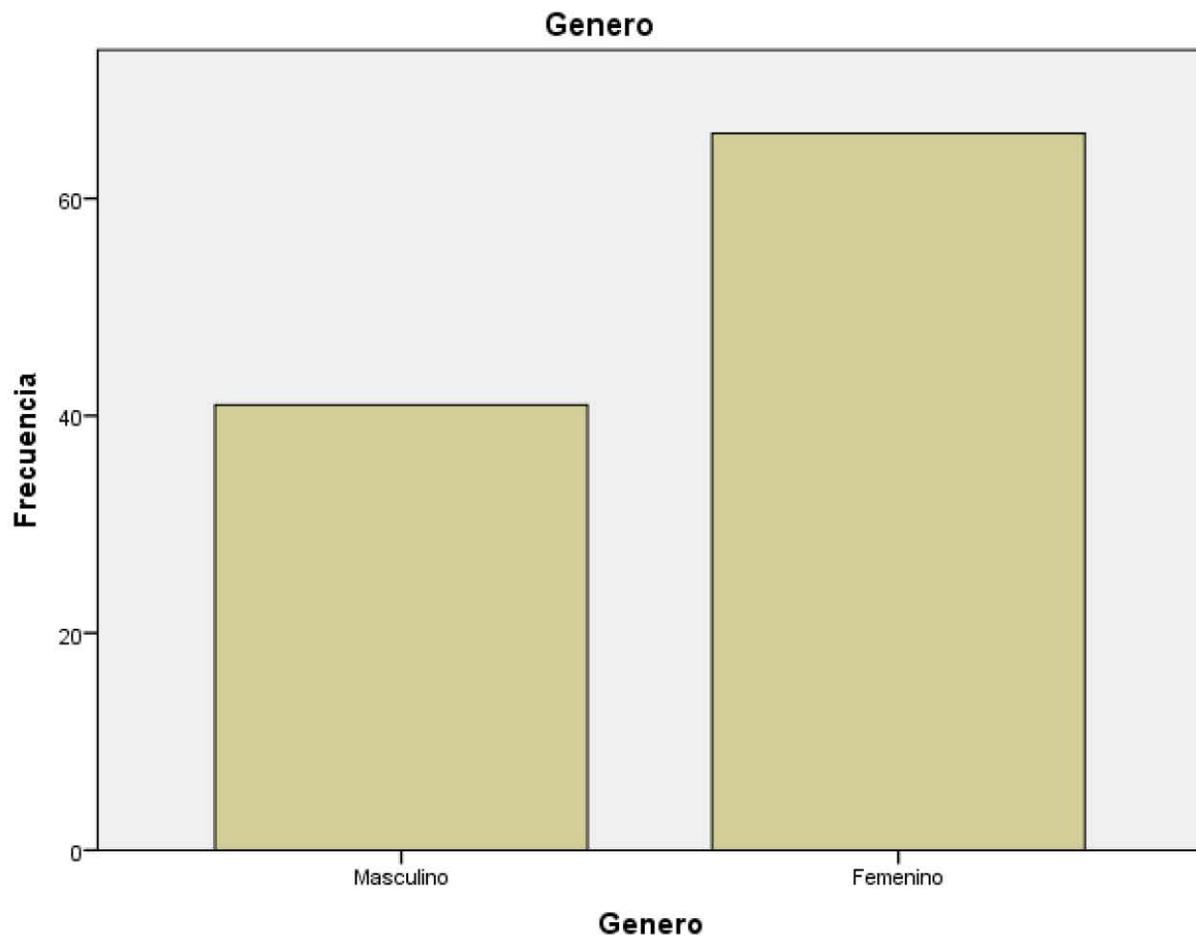
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Muy insatisfecho | 10 | 9.3 | 9.3 | 9.3 |
| Insatisfecho | 5 | 4.7 | 4.7 | 14.0 |
| Ni satisfecho ni insatisfecho | 15 | 14.0 | 14.0 | 28.0 |
| Satisfecho | 58 | 54.2 | 54.2 | 82.2 |
| Muy satisfecho | 19 | 17.8 | 17.8 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

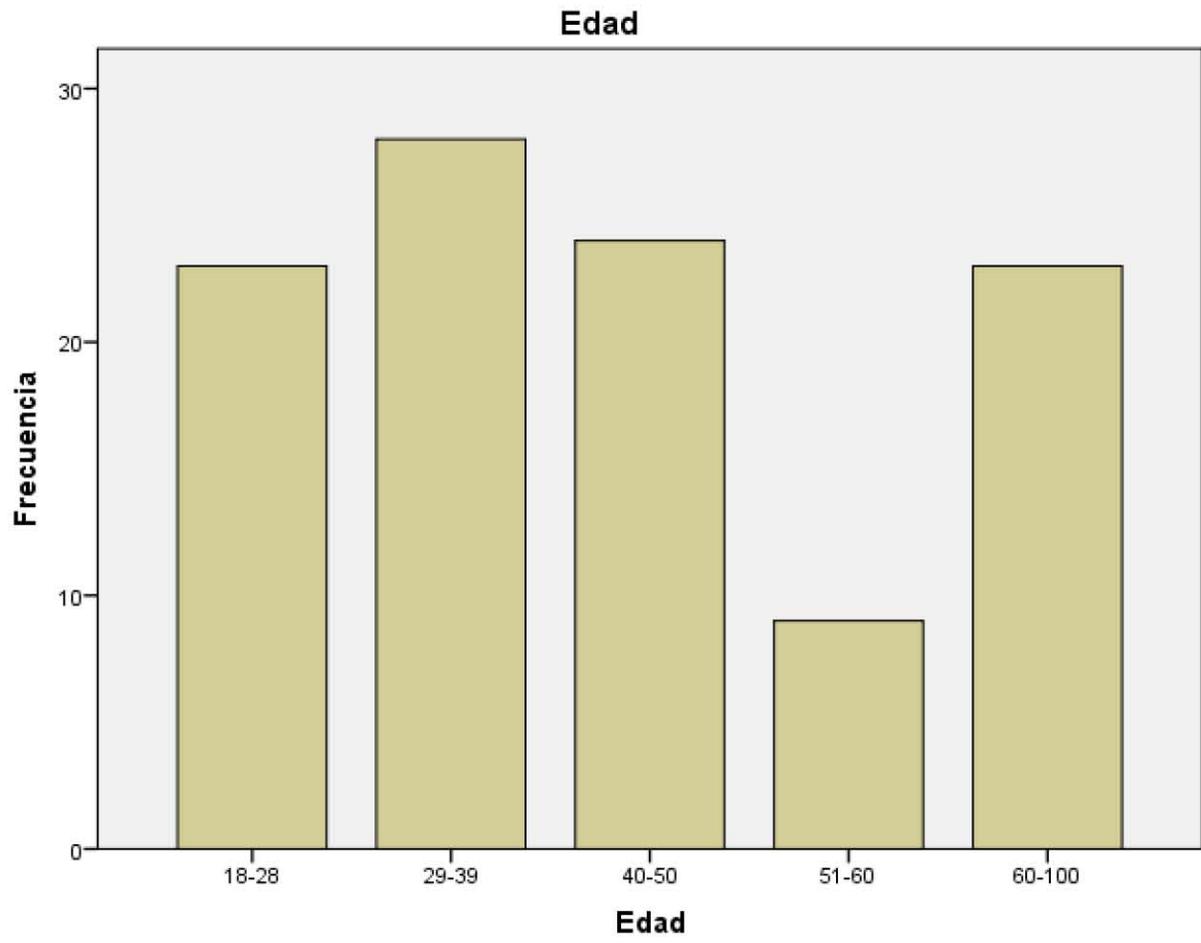
VOLVERI A ESTA UNIDAD

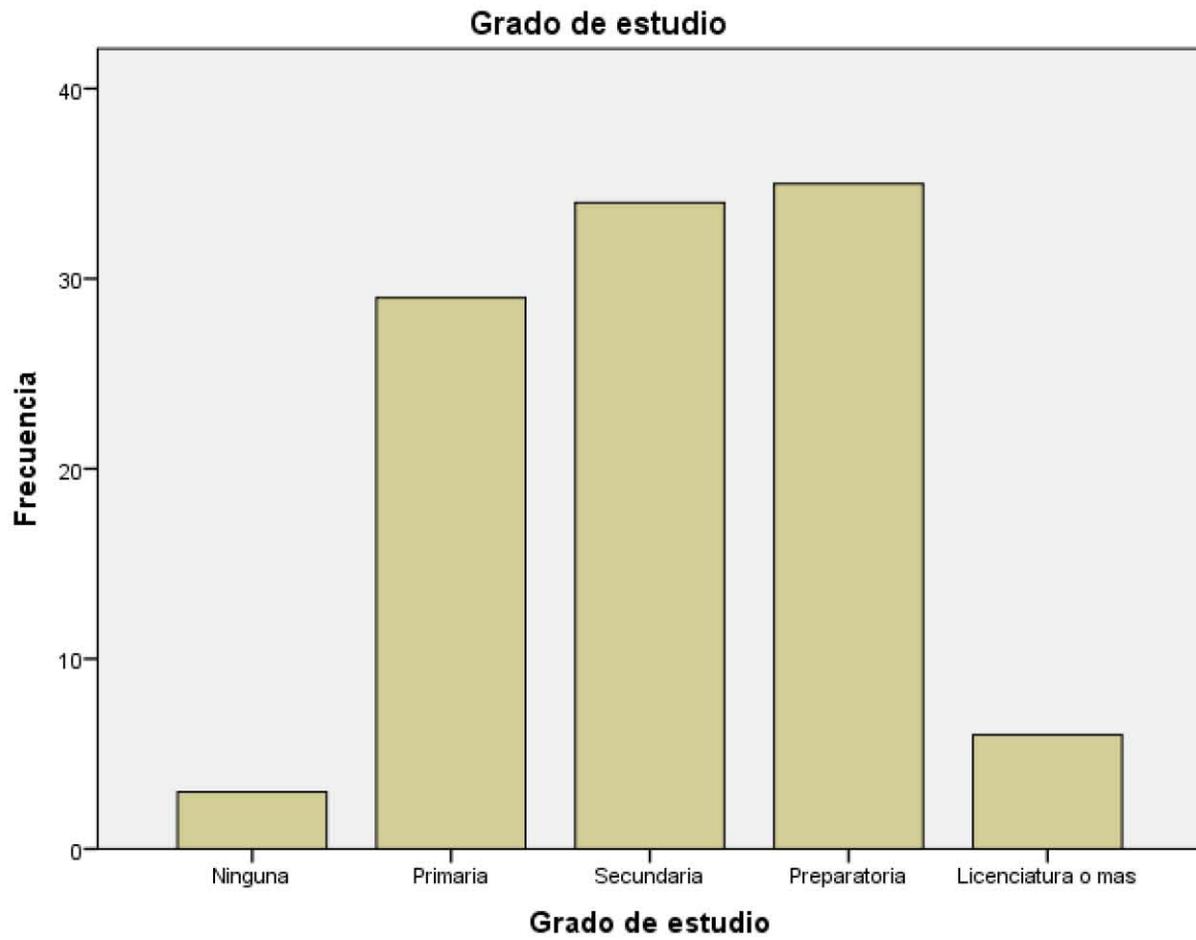
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido 0 | 1 | .9 | .9 | .9 |
| Si | 104 | 97.2 | 97.2 | 98.1 |
| No | 2 | 1.9 | 1.9 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

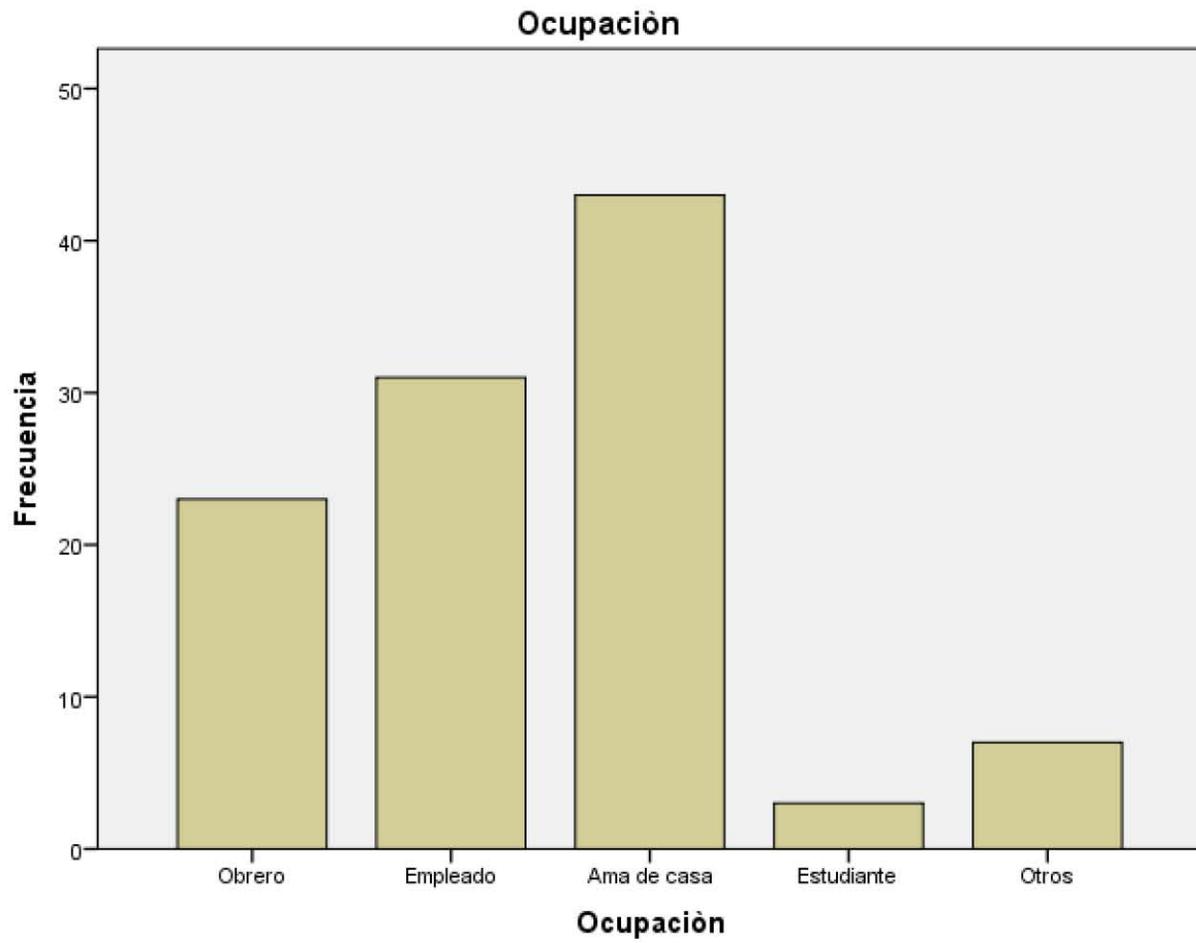
QUE MEJORARIA DE ESTA UNIDAD

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Válido Personal | 16 | 15.0 | 15.0 | 15.0 |
| Inmoviliario | 5 | 4.7 | 4.7 | 19.6 |
| No contesto | 67 | 62.6 | 62.6 | 82.2 |
| Medicamentos | 7 | 6.5 | 6.5 | 88.8 |
| Otras cosas | 12 | 11.2 | 11.2 | 100.0 |
| Total | 107 | 100.0 | 100.0 | |

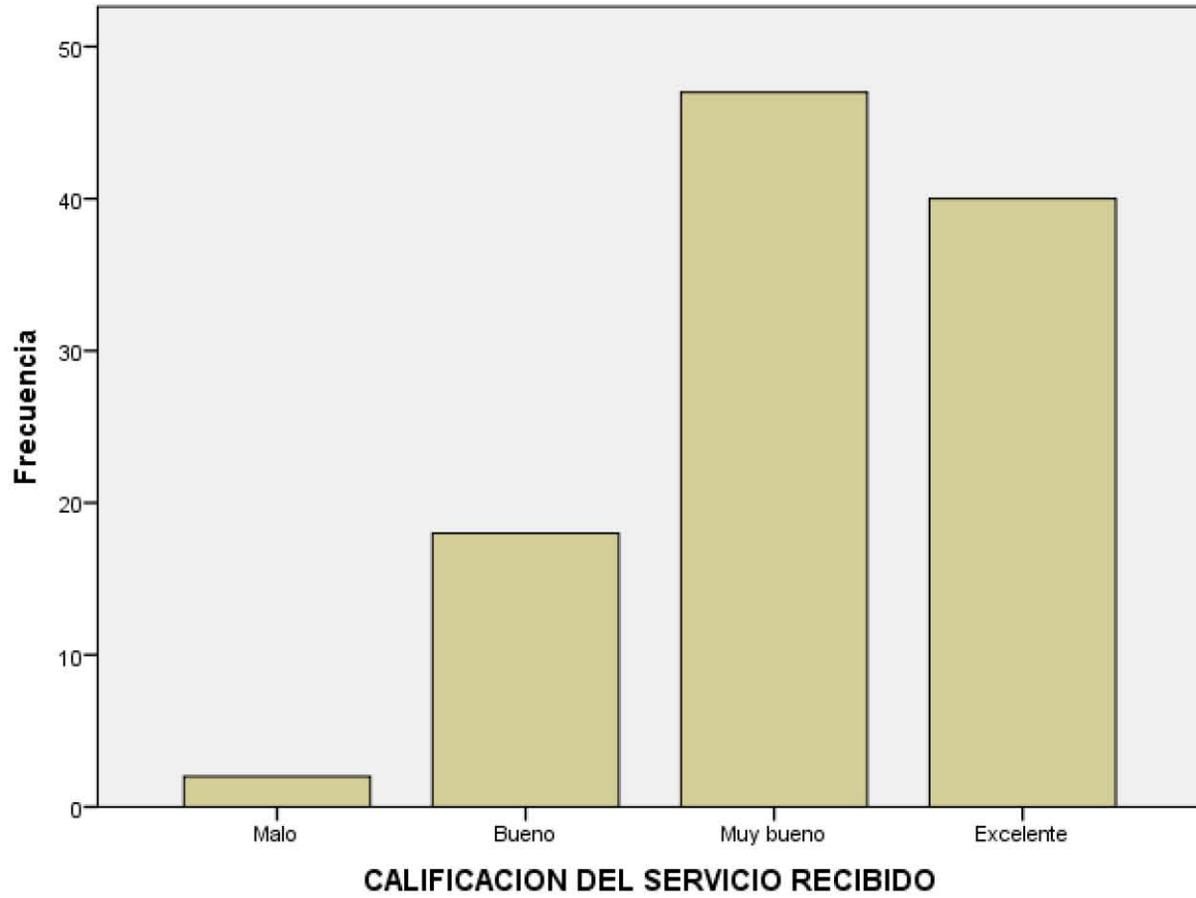




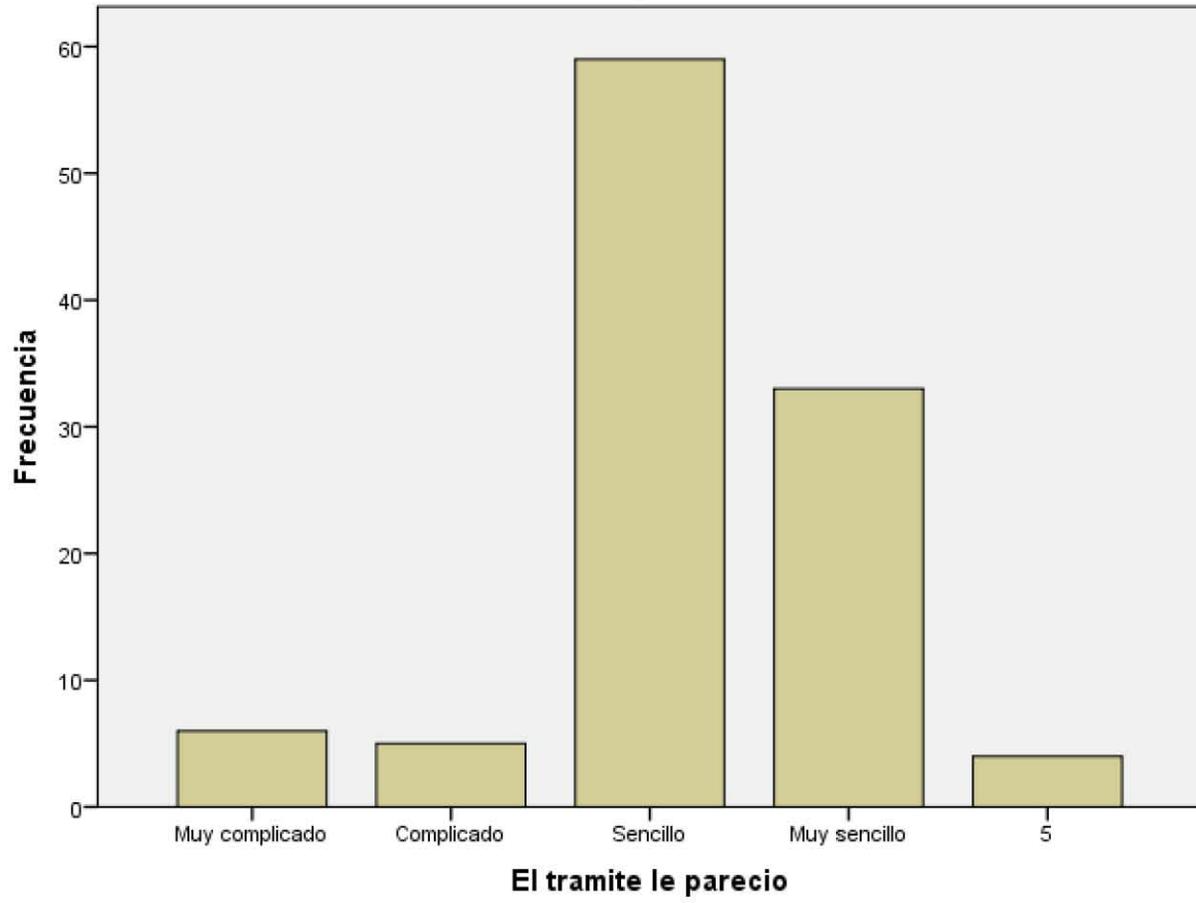




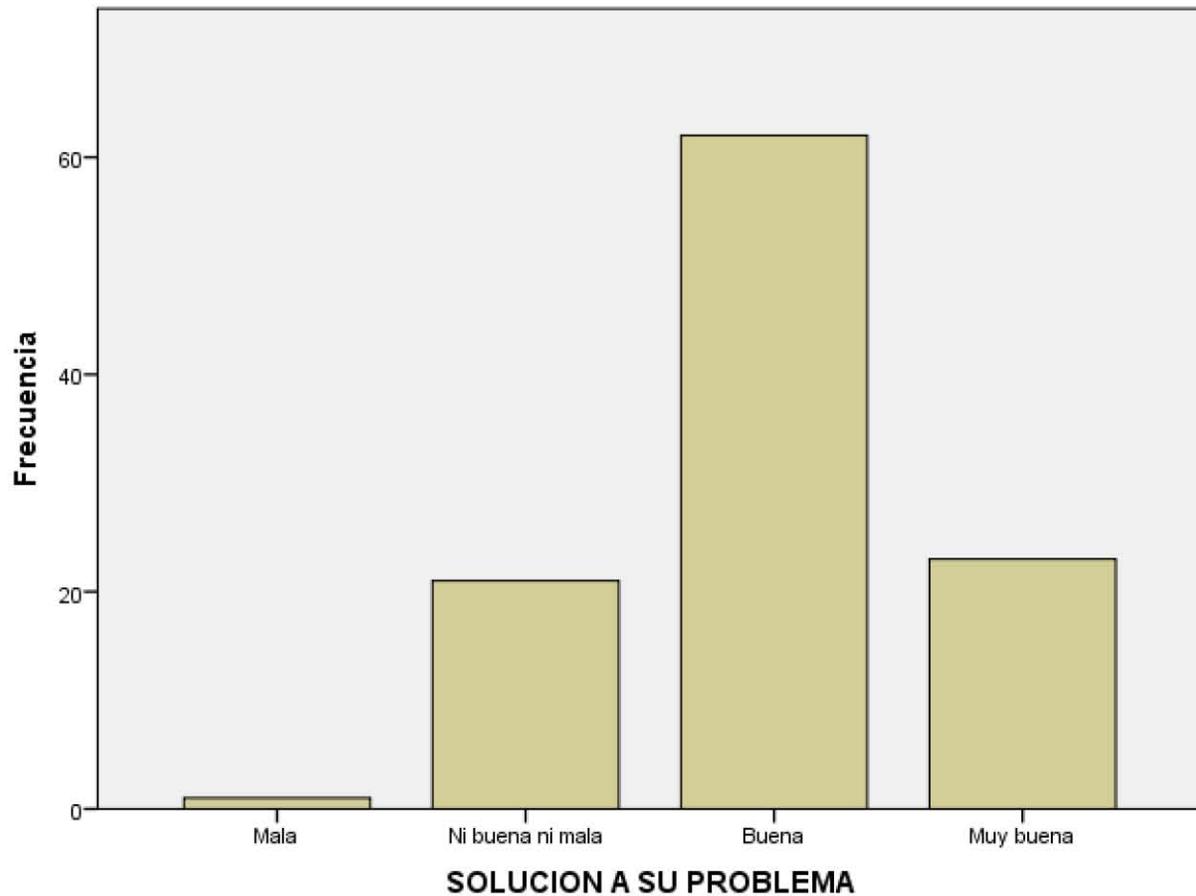
CALIFICACION DEL SERVICIO RECIBIDO



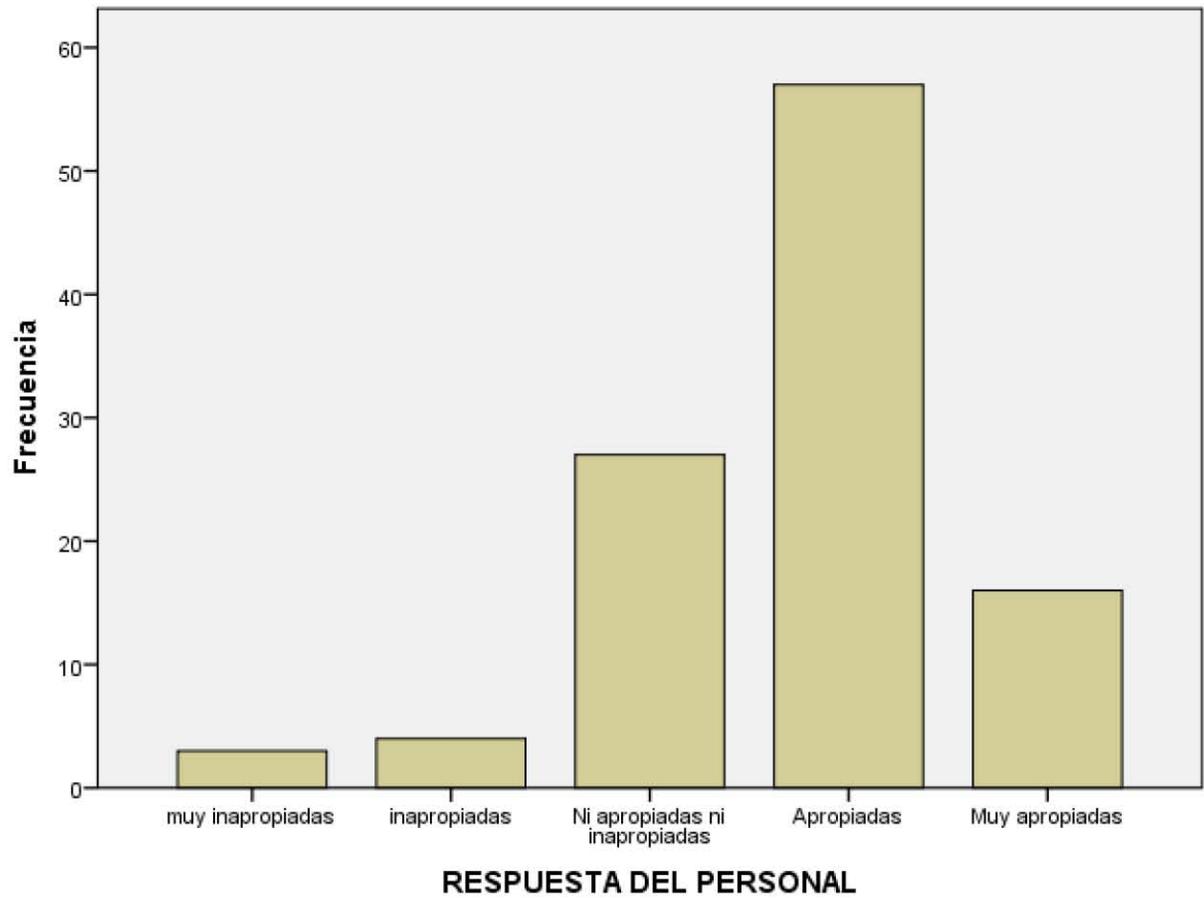
El tramite le parecio



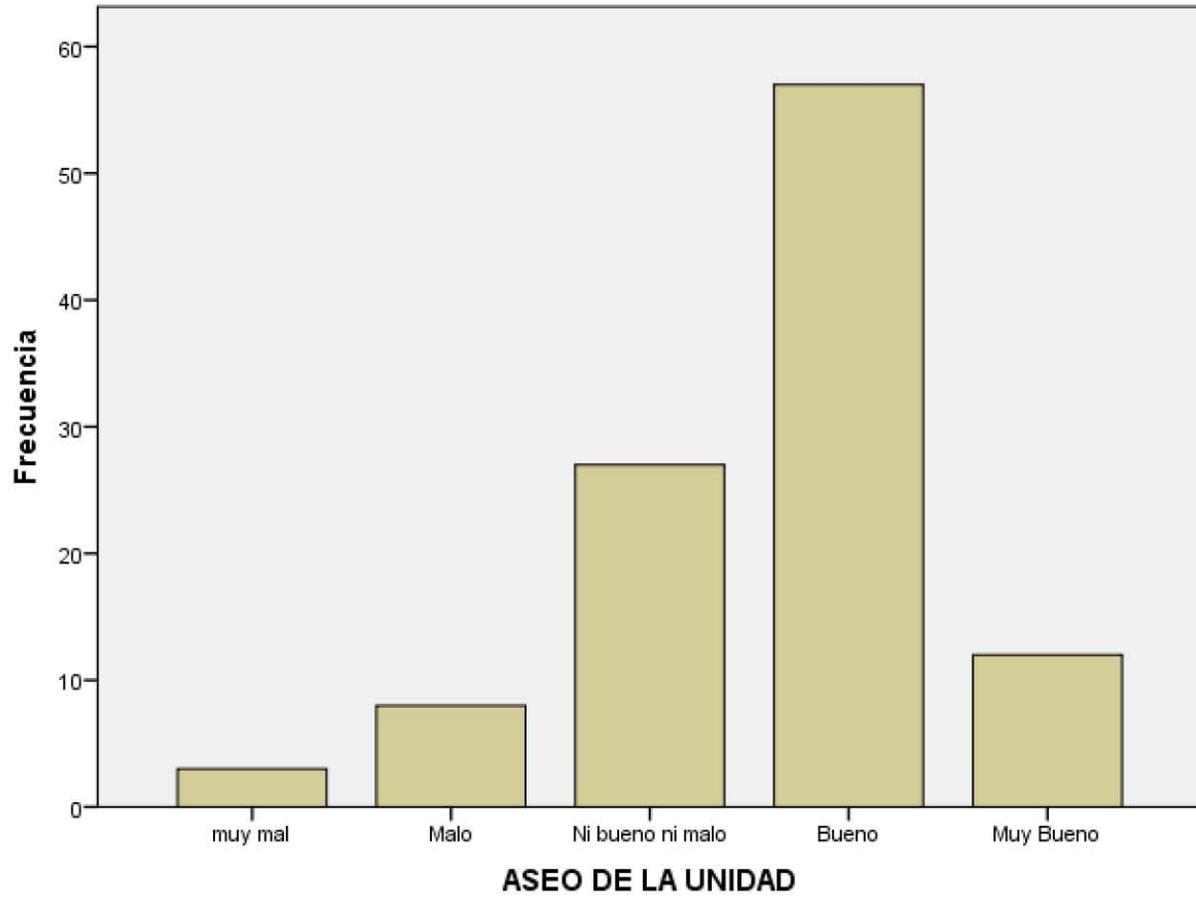
SOLUCION A SU PROBLEMA



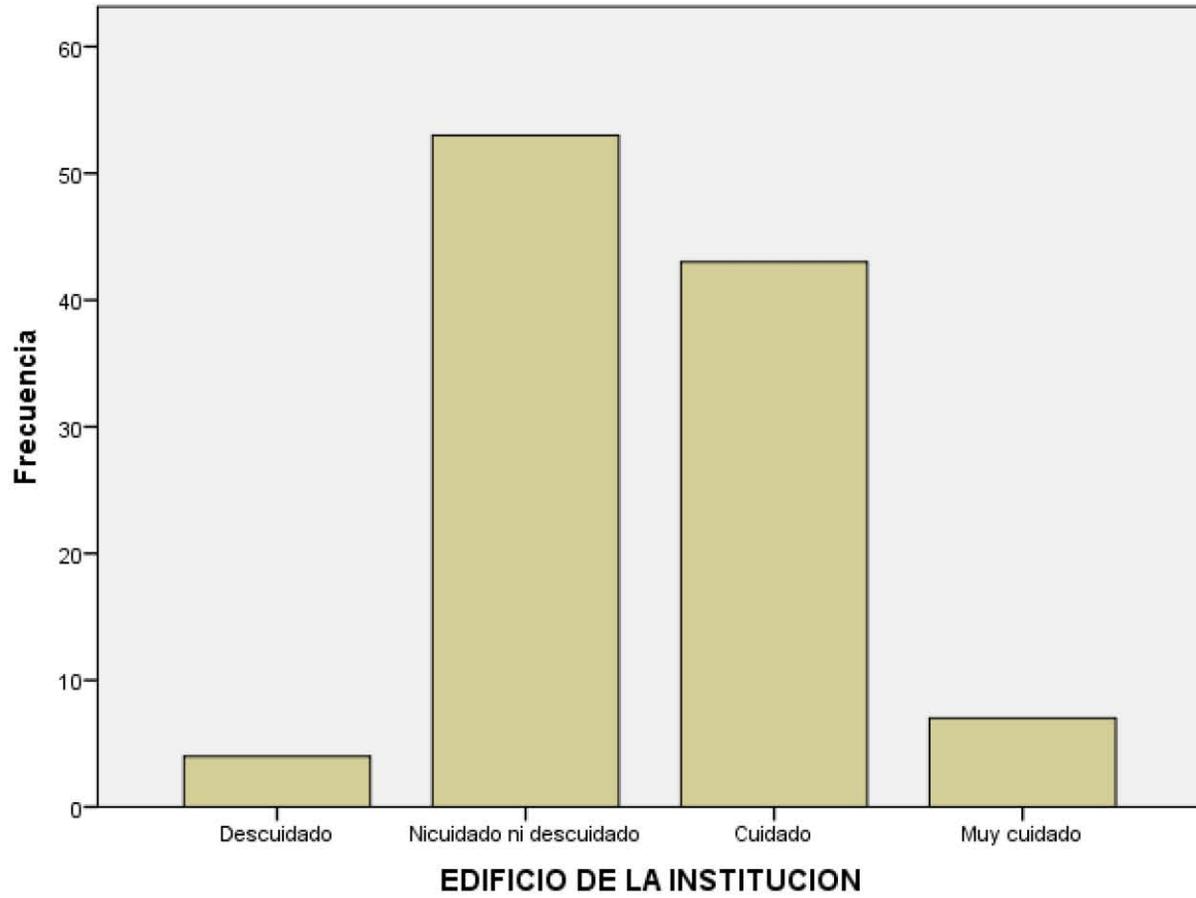
RESPUESTA DEL PERSONAL



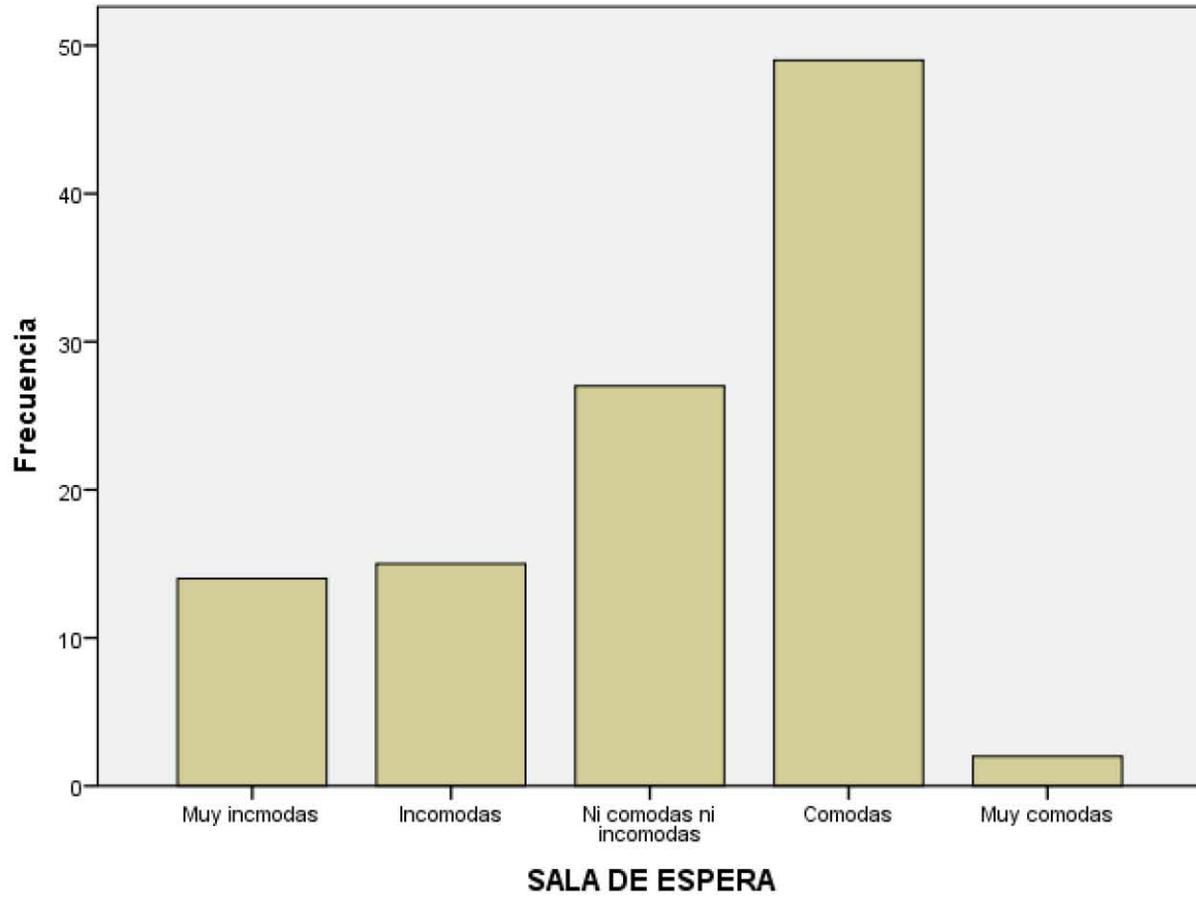
ASEO DE LA UNIDAD



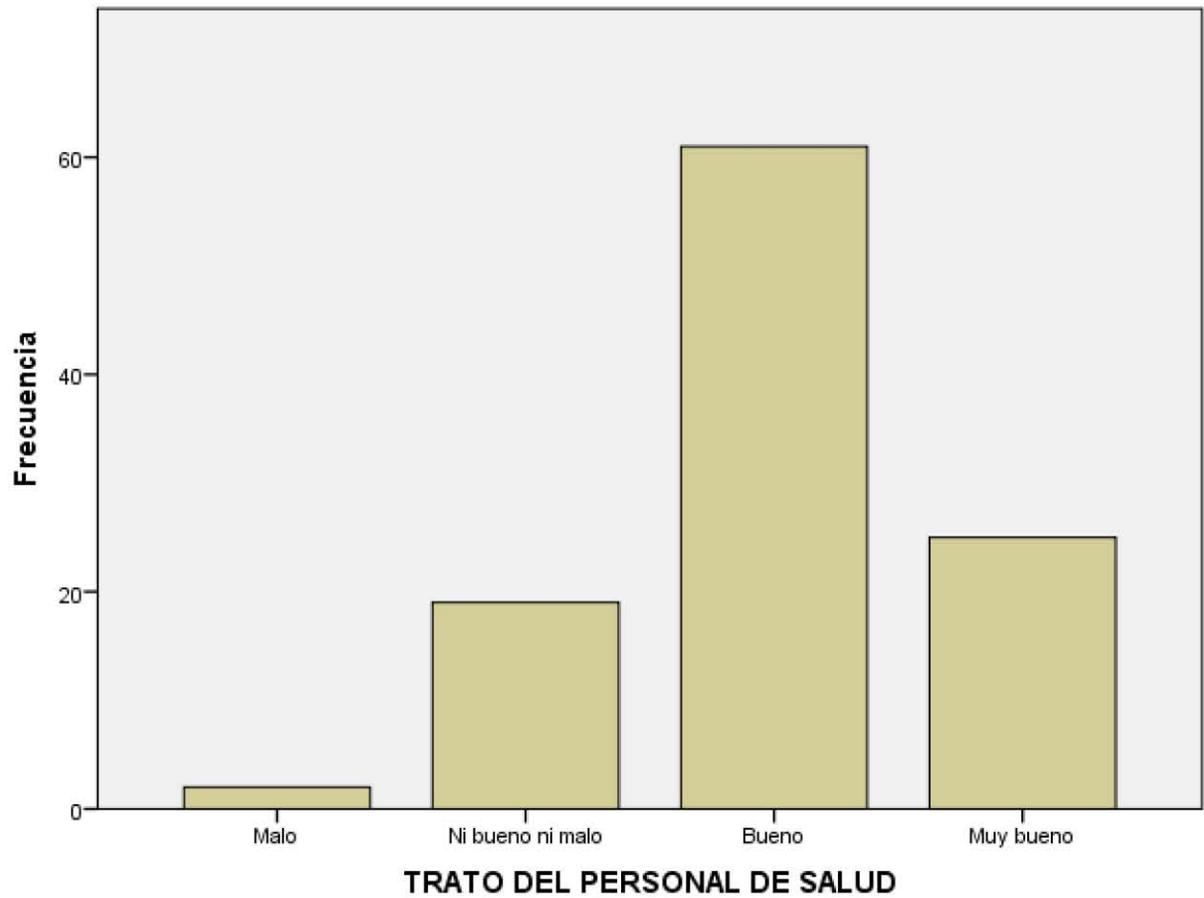
EDIFICIO DE LA INSTITUCION



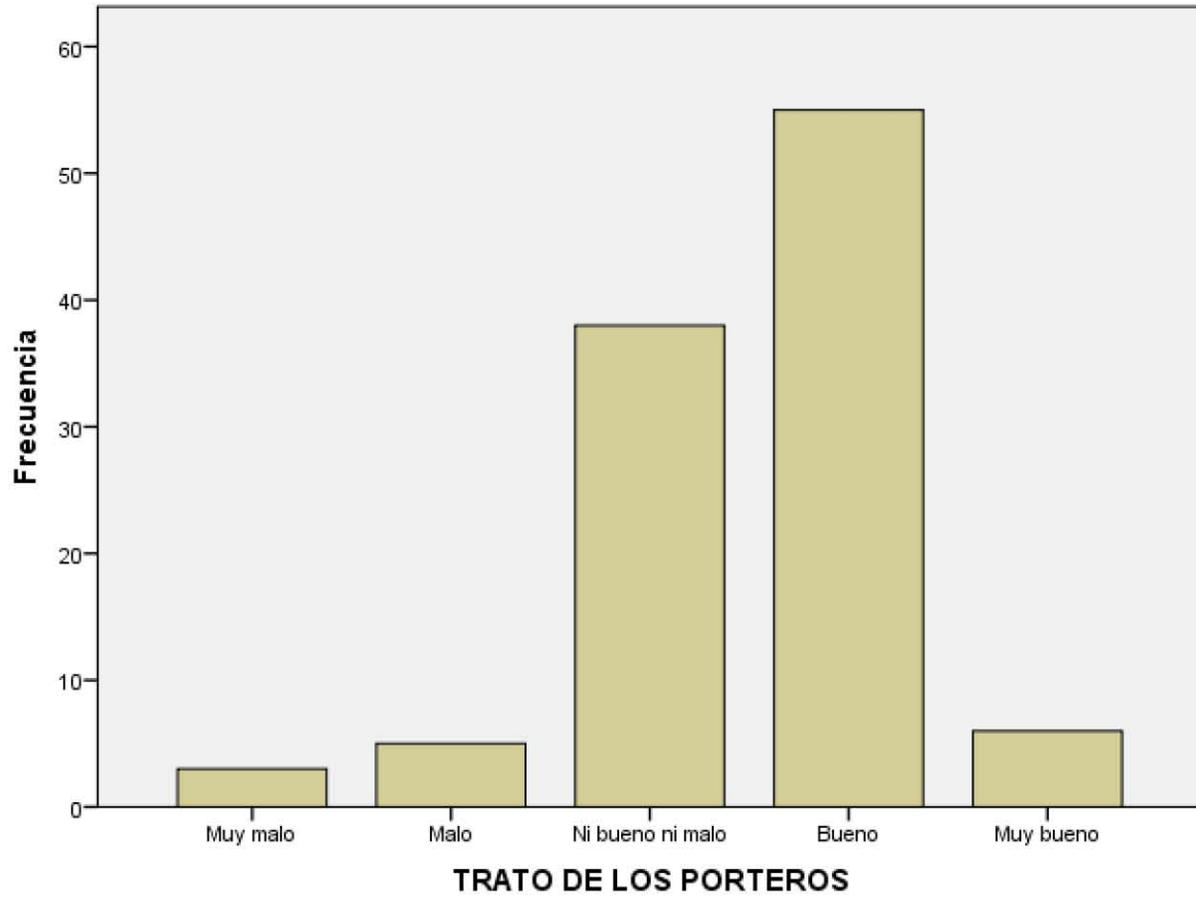
SALA DE ESPERA



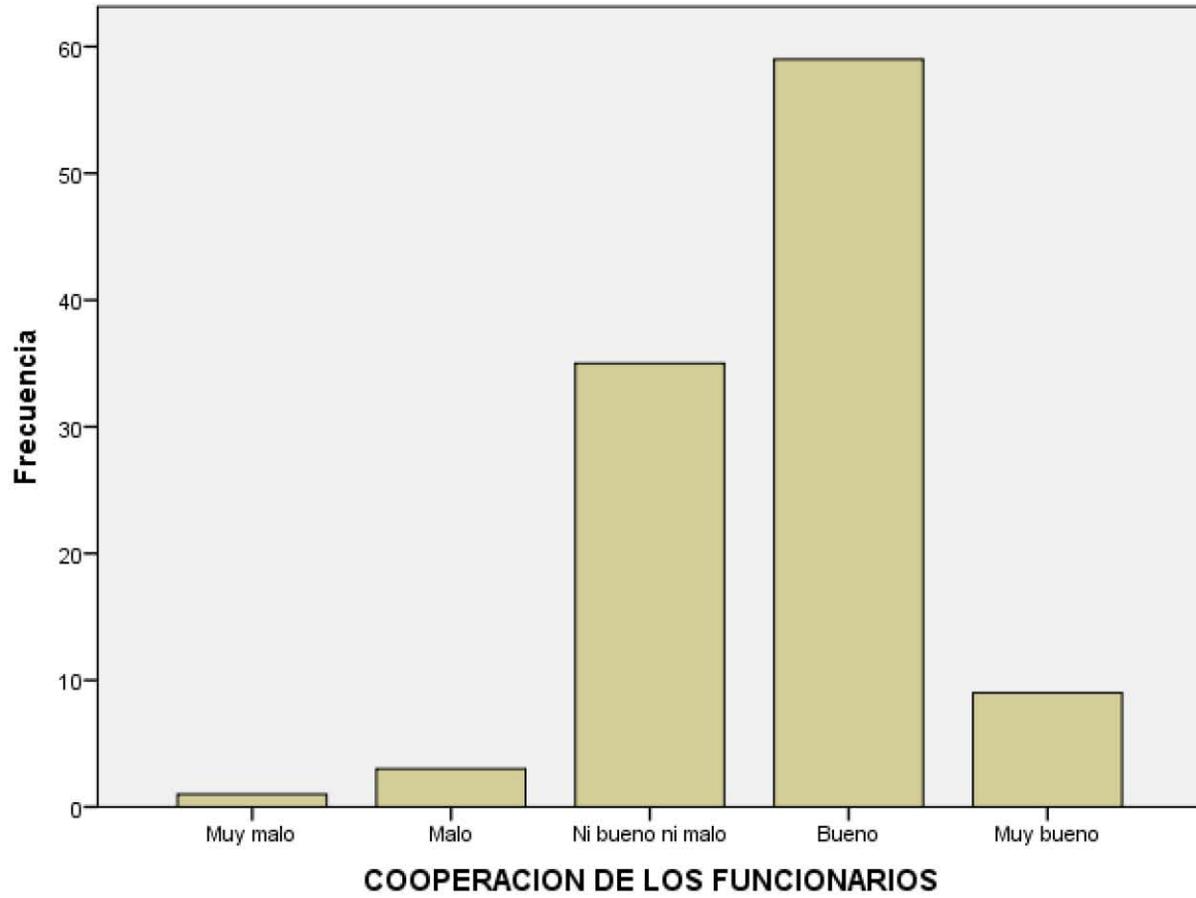
TRATO DEL PERSONAL DE SALUD



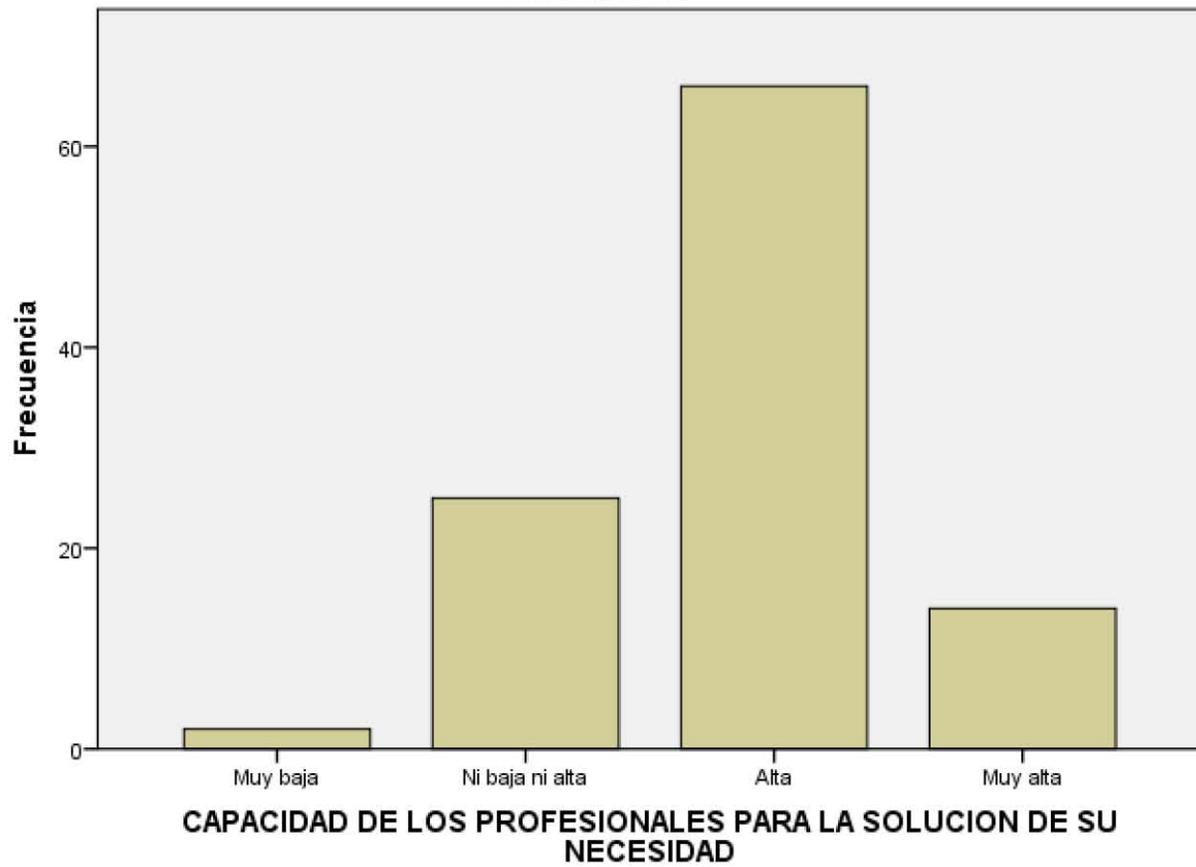
TRATO DE LOS PORTEROS



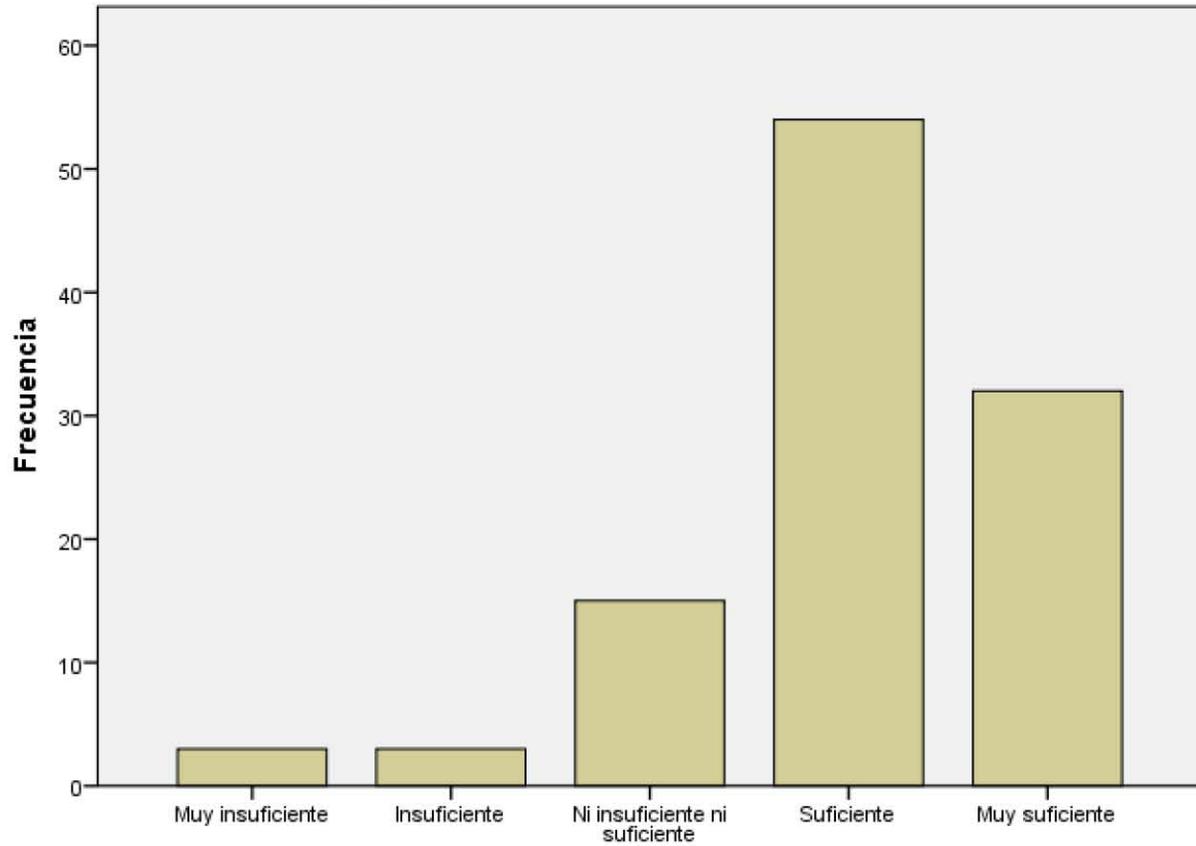
COOPERACION DE LOS FUNCIONARIOS



CAPACIDAD DE LOS PROFESIONALES PARA LA SOLUCION DE SU NECESIDAD

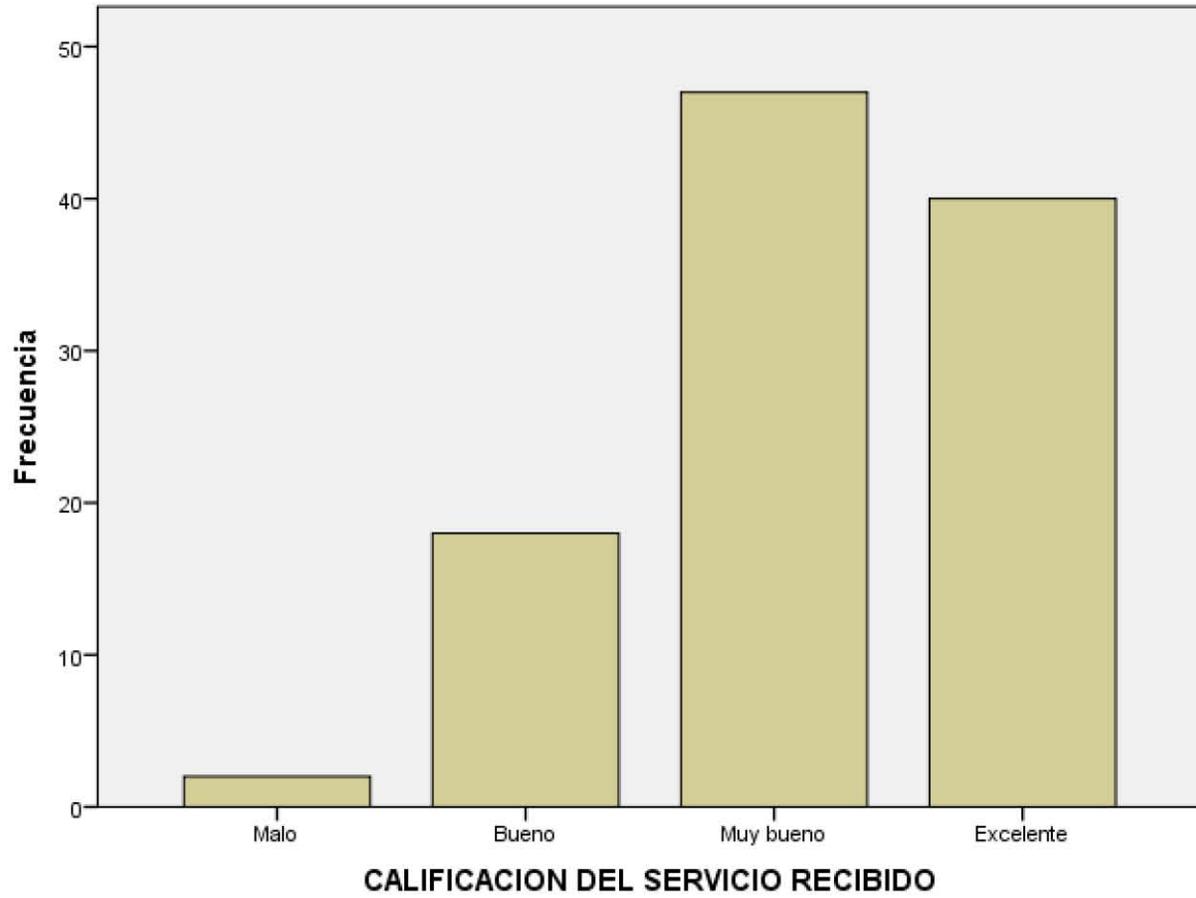


ORIENTACION QUE RECIBIO PARA LOS CUIDADOS EN CASA

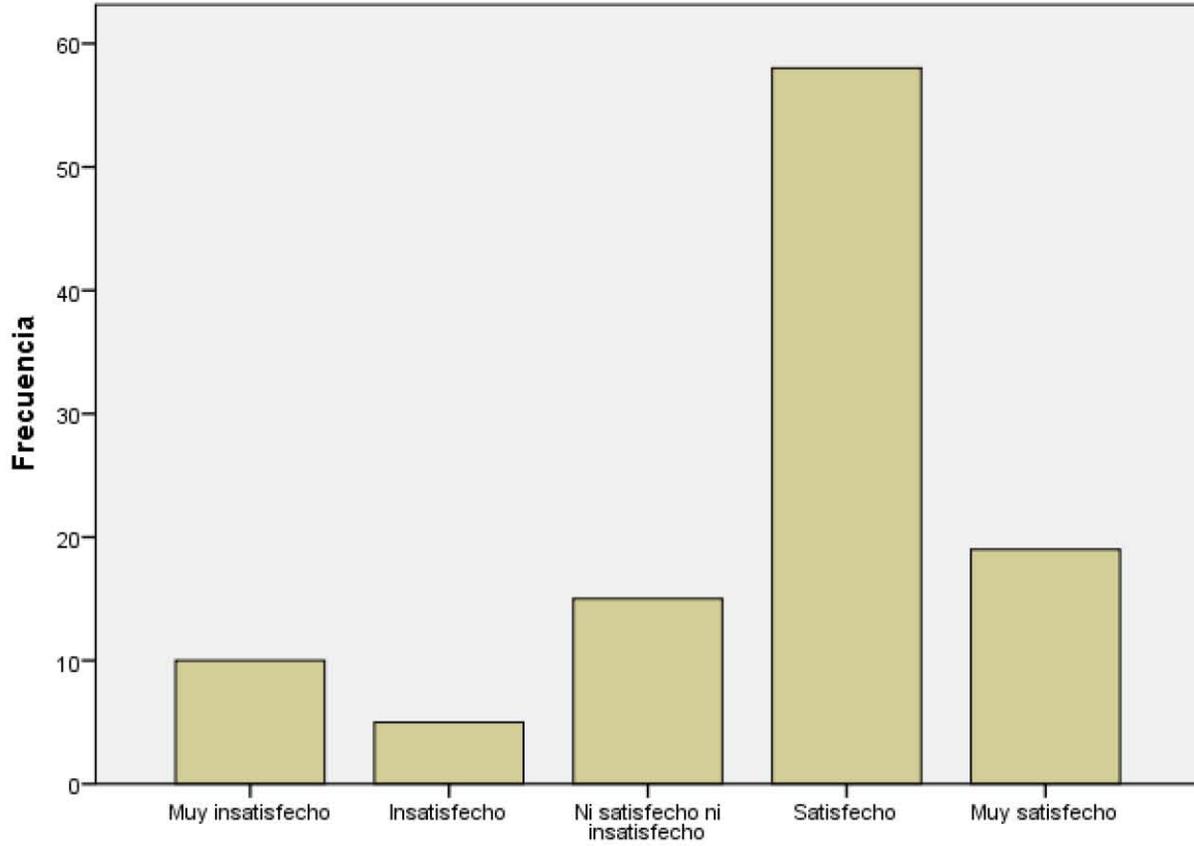


ORIENTACION QUE RECIBIO PARA LOS CUIDADOS EN CASA

CALIFICACION DEL SERVICIO RECIBIDO



LA ATENCION DE LA INSTITUCION LO DEJA EN GENERAL



LA ATENCION DE LA INSTITUCION LO DEJA EN GENERAL

VOLVERI A ESTA UNIDAD

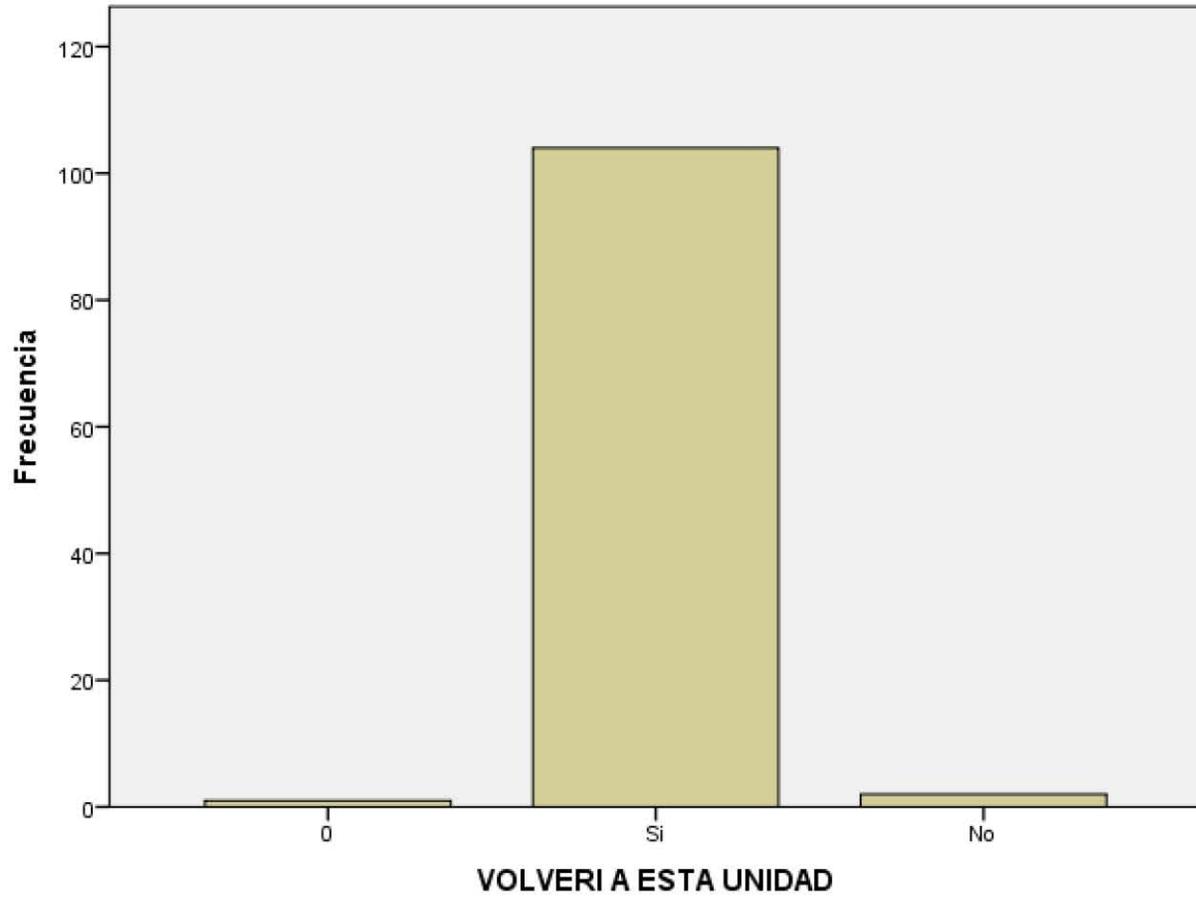




Gráfico de barras

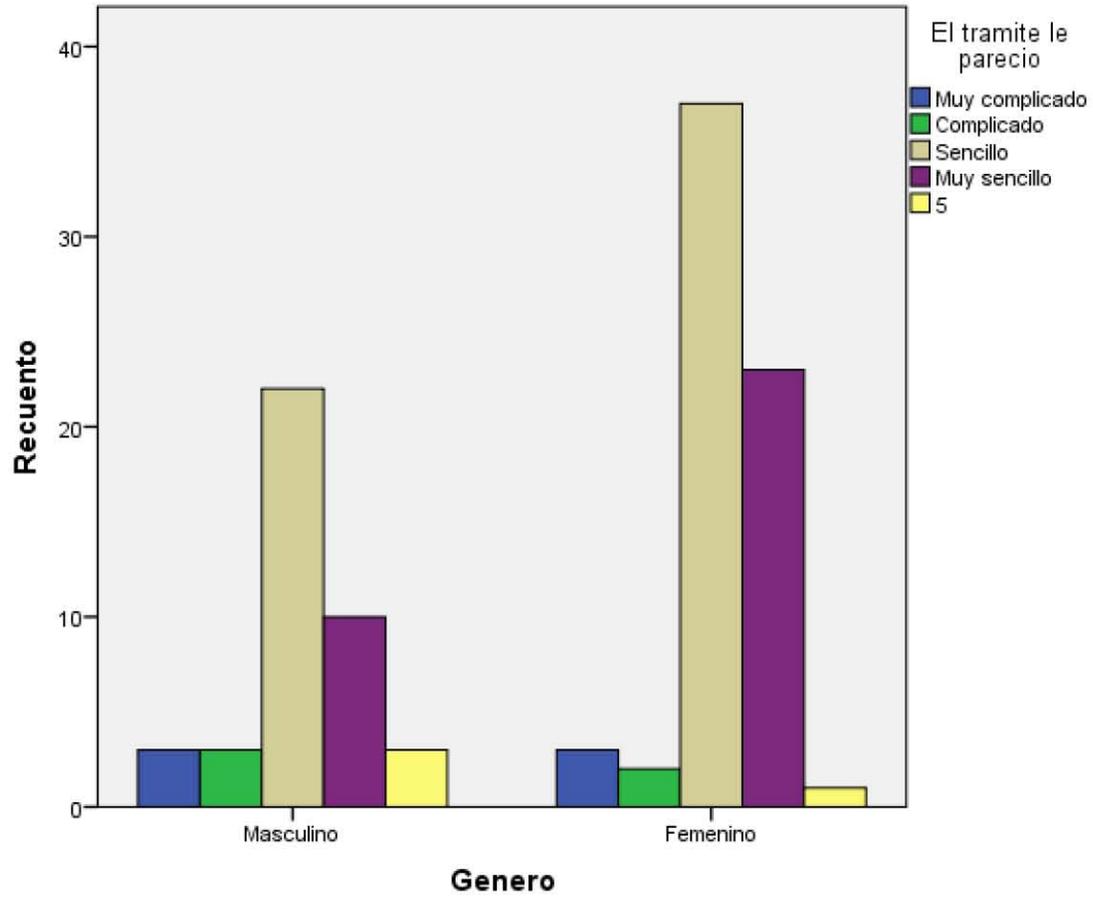


Gráfico de barras

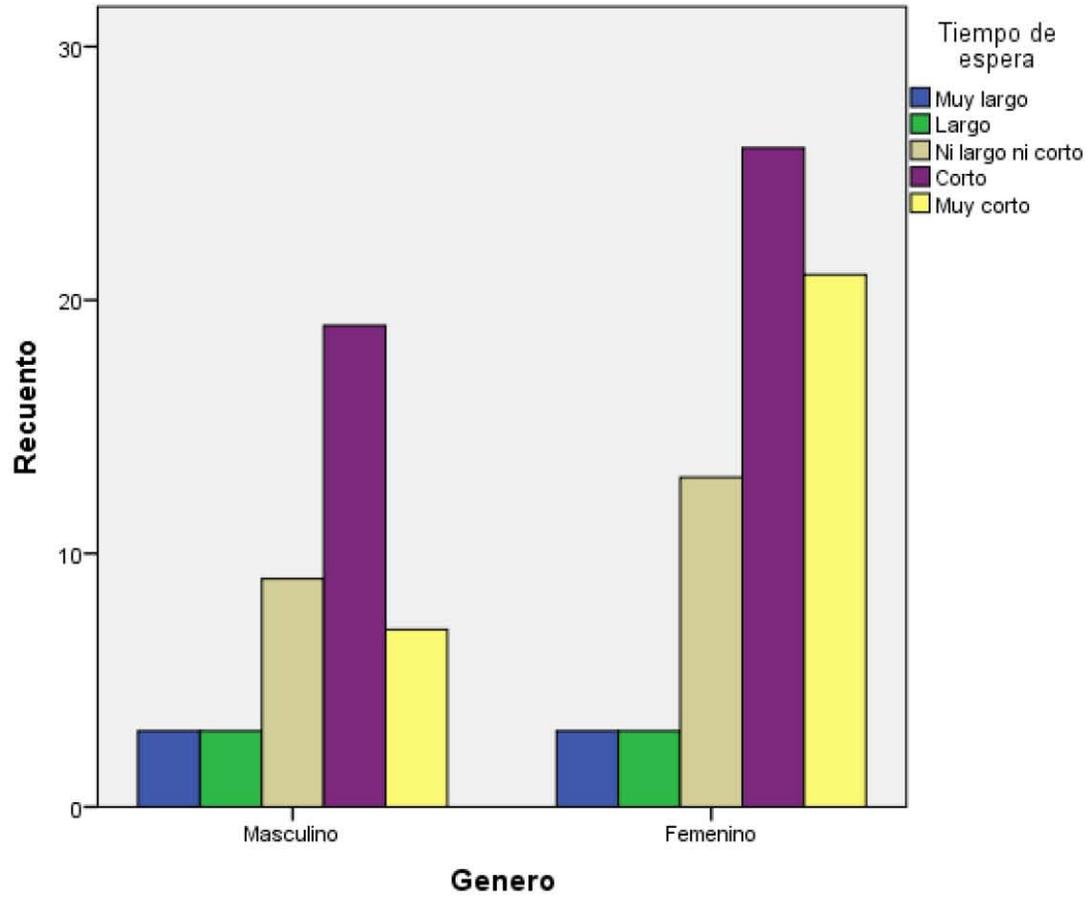
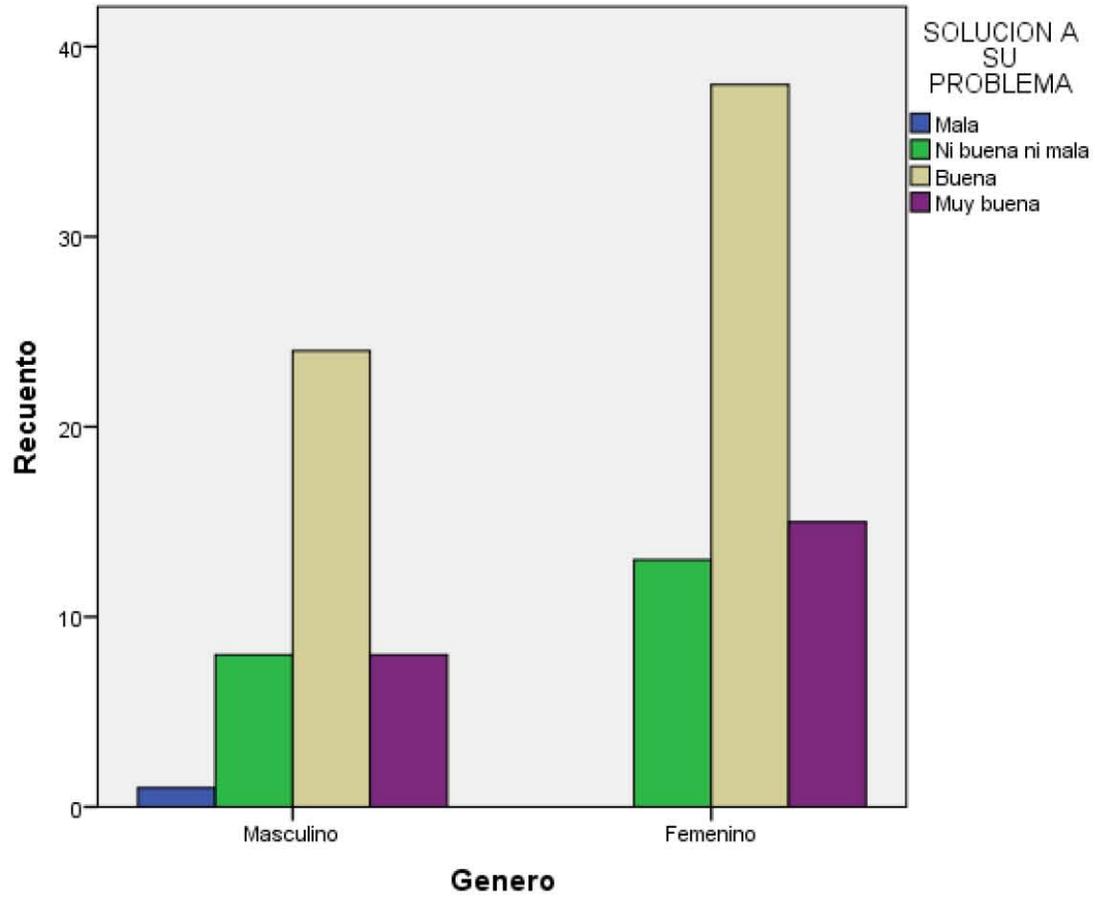


Gráfico de barras



DISCUSION:

En este estudio se planteó medir la calidad desde la perspectiva de los usuarios del servicio de urgencias del turno vespertino

La calidad de la atención medica es uno de esos conceptos fáciles de entender pero difíciles de definir .Aparentemente ,todos saben que significa calidad de la atención pero el significado no parece ser el mismo para todos .Se ha estimado imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención medica pe5o no existe un único criterio ´para precisarla .Esta circunstancia , que parece dificultar la definición y medida de la calidad , son múltiples los rasgos o atributos susceptibles de evaluación que junto con otras muchas funciones o utilidades , que el usuario valora de diferentes formas según sea su necesidad

El profesional responsable de la atención juzgara la calidad de manera distinta a otro profesional que no está directamente involucrado en el caso. .El paciente entiende la calidad de un modo diferente al de su médico. El equipo gerencial tiene otra idea de la calidad de la atención y lo mismo sucede con las terceras partes que pagan la atención.

El aumento del volumen dela atención médica , en un principio , da lugar a importantes incrementos de los beneficios y utilidades y comporta pocos riesgos y elevaciones moderadas de los costos .Pero a medida que se prestan más servicio , el incremento delos beneficios y utilidades es menor y aumentan los riesgos y los costos . Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que cuando la calidad de la atención no basta ,para aportar el beneficio previsibles alta salud y al bienestar , los cuidados prestados tiene un déficit de calidad , no cubre la necesidad del paciente de generar una satisfacción del mismo.

Para algunos autores al igual que el presente estudio , refieren que es necesaria la aplicación no solo de encuestas a usuarios sino también al personal operativo , ya que ayuda a saber que piensan de su trabajo , de su líder y establece las necesidades de equipo , ya que en los servicios de urgencias , el trabajo es dificulta cansado y de gran estrés , si se olvida dar el debido reconocimiento al personal se va obteniendo desmotivación y se desvanece gradualmente el trabajo en equipo .Por lo tanto estos sistemas de auto evaluación permiten medir el avance de los procesos de mejora

La calidad debe estar basada en la suficiencia y la calidad de los recursos físicos. la disponibilidad y la capacidad profesional o técnica de los recursos físicos , la disponibilidad y la capacidad profesional o técnica de los recursos humanos , la organización delos servicio , la realización de procedimientos y

actividades de atención conforme a las normas de calidad vigentes dentro de un marco social y humanitario , además de enfocar la calidad des de tres angulos : satisfacción de las expectativas del derecho habiente dela institución y del trabajador , así como el adecuado balance entre la calidad y la eficiencia en la prestación de servicio .

Como bien podemos darnos cuenta hay muchos modelos y estudios para medir la calidad de la atención médica ,desde diferentes puntos de vista cada autor defiende sus posiciones .

Considerando los factores que influyen en el trato digno se ha considerado la necesidad de proporcionar una visión más amplia delo que es el servicio y estrategia que transmitan la disponibilidad de servir que está directamente proporcional a la profundidad del compromiso y que también se compone de un grupo de valores .

CONCLUSIONES:

La calidad es un tema complejo, realmente no se ha llegado a la conclusión de cómo medirla, y las interrogantes que el personal médico tiene: ¿cómo se va a lograr?, ¿cómo se va a medir la calidad de atención que proporcionamos?, ¿cómo nosotros los médicos podemos participar en esta tarea?, y ¿cómo se va a estimular a aquellos médicos que demuestran una mejoría continua en la calidad de atención que brindan a sus enfermos?

Ya que la calidad de la atención médica no es algo realmente tangible o medible como lo es la calidad de un producto. Como se puede ver en la bibliografía hay múltiples formas e instrumentos, algunos ya validados que se utilizan a nivel nacional como lo es la encuesta de trato digno, y servicio oportuno o cómo lo es a través de los criterios de evaluación, comisión para la certificación de establecimientos de servicios de salud, Dr. Julio Frenk Mora para Hospitales de la Secretaría de Salud (SSA).

Cabe mencionar que ningún indicador alcanza la calificación establecida pero hay algunos que se acercan a esta calificación, aunque la mayoría de los indicadores se encuentran en rubros de regular y buena calidad.

La calidad de la atención médica fue buena, los indicadores más bajos fueron servicio oportuno, mejora continua, medicamentos faltantes y atención del personal no médico.

Ahora bien, la calidad se puede medir de diferentes maneras, pero en general como lo marca la bibliografía, se mide desde la perspectiva del usuario, y generalmente se queja de una atención deficiente, de largos tiempos de espera, de mal trato. Pero es importante que los médicos se sientan parte del sistema de calidad, es necesario que sean involucrados y se le haga parte de la calidad. Si los médicos no saben cuál es el panorama o de qué se trata la calidad, se rompe un eslabón importante en este proceso.

Concluyo comentando que lo que se obtuvo aquí simplemente es la visión desde el usuario y de servicio que en este caso fueron únicamente del servicio de urgencias del turno vespertino, falta observarlo desde los prestadores del servicio ya que como se comentó la calidad es un proceso complejo de definir y por lo tanto de medir.

11.0 ANEXOS.

PECASUSS

PERCEPCION DE CALIDAD SEGUN USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD

1.-NIVEL DE ATENCION. _____

2.- MUNICIPIO _____

3.- SERVICIO DEMANDADO. _____

4.-
NOMBRE _____

5.- AFILIACION _____

6.-SEXO _____

7.- EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACION. _____

8.- EL TRAMITE QUE HIZO, PARA SER ATENDIDO (A) , HOY O EL DIA QUE INGRESO A LA INSTITUCION , LE PARECIO:

1 MUY COMPLICADO; 2 COMPLICADO; 3 SENCILLO; 5. MUY SENCILLO

9.-EL TIEMPO DESDE QUE LLEGO. A URGENCIAS , A CUMPLIR O PEDIR UNA CITA , HASTA QUE LO ATENDIERON FUE DE : EN MINUTOS.

10.- EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR HASTA QUE LO ATENDIERON,LE PARECIO :

1.- MUY LARGO 2.- LARGO ; 3.- NI LARGO NI CORTO ; 4.- CORTO 5.- MUY CORTO

11.- LA SOLUCION QUE LE DIERON A LA NECESIDAD DE SALUD POR LA QUE CONSULTO ESTA INSTITUCION U HOSPITAL LE PARECIO:

1.- MUY MALA 2.- MALA 3.- NI MALA NI BUENA 4.- BUENA 5,. MUY BUENA

12.- LAS RESPUESTAS DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION ANTE SUS INQUIETUDES O PREGUNTAS LE PARECIERON :

1.- MUY INAPROPIADAS 2.- INAPROPIADAS 3.- NI APROPIADAS NI INAPROPIADAS
4.- APROPIADAS 5.- MUY APROPIADAS .

13.- EL ASETO DE LA INSTITUCION LE PARECIO :

1.- MUY MALO 2.- MALO 3.- NI MALO NI BUENO 4.- BUENO 5.- MUY BUENO.

14.- LA PLANTA FISICA OSEA EL EDIFICIO DE LA INSTITUCION LE PARECIO :

1.- MUY DESCUIDADO 2.- DESCUIDADO 3.- NI CUIDADO NI DESCUIDADO 4.-
CUIDADO 5.- MUY CUIDADO.

15.- LA SALA DE ESPERA , LAS SILLAS , LAS CAMAS Y CAMILLAS SI ALS VIO O LAS
USO LE PARECIERON :

1.- MUY INCOMODAS 2.- INCOMODAS 3.- NI COMODAS NI INCOMODAS 4.- COMODAS
5.- MUY COMODAS.

16.- EL TRATO QUE RECIBIO DE MEDICOS , ENFERMERAS Y OTROS PROFESIONALES
DE LA SALUD LE PARECIO:

1.- MUY MALO 2.- MALO 3.- NI MALO NI BUENO 4.- BUENO 5.- MUY BUENO.

17.- EL TRATO QUE LE DIERON PORTEROS, CAJEROS, AUXILIARES Y OTRO
PERSONAL ADMNISTRATIVO LE PARECIO :

1.- MUY MALO 2.- MALO 3.- NI MALO NI BUENO 4.- BUENO 5.- MUY BUENO.

18.- LA COOPERACION ENTRE FUNCIONARIOS DELA INSTITUCION ANTE SUS
NECECIDADES DE ATENCION FUE:

1.- MUY MALO 2.- MALO 3.- NI MALO NI BUENO 4.- BUENO 5.- MUY BUENO.

19.- LA CAPACIDAD DE LOS PROFESIONALES PARA LA SOLUCIONAFR SU
NECESIDAD DE SALUD LE PARECIO:

1.- MUY BAJA 2.- BAJA 3.- NI BAJA NI ALTA 4.- ALTA 5.- MUY ALTA

20.- LA ORIENTACION QUE RECIBIO EN LA INSTITUCION PARA EFECTUAR CUIDADOS DE SALUD EN CASA LE PARECIO :

1.- MUY INSUFICIENTE 2.- INSUFICIENTE 3.- NI INSUFICIENTE NI SUFICIENTE 4.- ASUFICIENTE 5.- MUY SUFICIENTE .

21.- DESDE CERO (PESIMO) HASTA CINCO (EXCELENTE), CON CUANTO CALIFICARIA LA CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO ?

0 1 2 3 4 5

22.- LA ATENCION RECIBIDA EN LA INSTITUCION LO DEJO EN GENERAL ?

1.-MUY SATISFECHO 2.- INSATISFECHO 3.- NI SATISFECHO NI INSATISFECHO 4.- SATISFECHO 5.- MUY SATISFECHO

23.- ¿ VOLVERIA ESTA UNIDAD ?

SI NO

24.- ¿ POR QUE ?

25.- QUE MEJORARIA DE ESTA UNIDAD :



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: _____

Patrocinador externo (si aplica). _____

Lugar y fecha. _____

Número de registro. _____

Justificación y objetivo del estudio. _____

Procedimientos. _____

Posibles riesgos y molestias. _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento. _____

Participación o retiro. _____

Privacidad y Confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica)

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

No autoriza que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: (Si aplica):

Beneficios al término del estudio :

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable:

Colaboradores

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a :Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS; AvenidadCuahutémoc 330 4o. Piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores, México, D.F., CP 06720, Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del sujeto
firma de quien obtiene el consentimiento

NoNombre y

Testigo 2

Testigo

1

Nombre, dirección, relación y firma
dirección, relación y firma

Nombre,

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Ruiz c. "bases para la evaluación de la calidad de atención en las unidades médicas del sector salud". *Salud pública de México*. Mar 1990; 32.(2): 156-169.
- 2.- Cordero p. "Evaluación de la calidad atención médica". *Directivo Médico*. Jul.1998;5(4):26-31.
- 3.- Jimenez c. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud". *Rev. Cubana de Salud Pública*. Vol. 22, No 1, 1996, pp 116-121.
- 4.- GARIJO GALVE, Ángel. El manual de indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias. Plan Andaluz de urgencias y emergencias la habana Cuba, 1997, pp 9-91.
- 5.- CHANG R.M. "Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del Municipio 10 de Octubre, 1997". *Rev. Cubana de Salud Pública*. 2000;34, (2) 2000, pp. 110-116.
- 6.-Kessner D M. "Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores". *Antología de calidad de la Atención médica BUAP- CIESS*. Segunda edición, pp. 555-563.
- 7.- Arenas H 2002. Calidad en salud y su relación con el proceso de certificación y recertificación .*Cirujano General* 24 (1) :48-52
- 8.- Fernandez SC.El imss en cifras .Evaluación del desempeño del instituto de salud .México ,2004 *Rev.Med. Inst. Mex. Seg.Soc.* 44 (5) 481-488
- Ruelas B."Hacia una estrategia de garantía de calidad, De los conceptos a las acciones". *Salud Pública de México*. 1992:34, pp. 29-45
- 9.- Venegas M. "Aspecto humano para la calidad". *Antología de comportamiento organizacional en servicios de salud BUAP-MASS* 202, pp 16-19.
- 10.- Ruelas B." Estrategias de garantías de la atención médica ". *Antología de calidad en la atención médica BUAP-CIESS* 1999,2ª. Ed. pp. 67-68.
- 11.- Reyes Z, Hilda M, Colindres V; Vidal P. L."Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención". *Salud Pública de México*. Marzo 1990 32, No (2) 232-242.
- 12.- *Centro latino americano de impulso ala calidad en servicios S.C. QUALIMED S.A. DE C.V.*: "Calidad total para directivos de organizaciones de salud ",97 pp.
- 13.- Carrada B.T. "Gestión de calidad en sistemas de salud ". *Directivo médico*. Volumen V, Numero 5 (septiembre-October, 1998) pp. 14-19.
- 14.-Ramirez S; Teresita de J.; Nájera A., Patricia N; López G."Percepción de la calidad de la atención de los servicios en México: perspectiva de los usuarios " *Salud Pública de México*. Enero 1999: 40,(1)123-127
- 16.- Aguirre H. Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica IMSS*. Julio 1997: 35, (4), 257-264.
- 17.-Garcia A. "Calidad de la atención médica en medicina Familiar". *Revista Médica IMSS*.

Marzo 1995:33, (2), 405-408.

18.- Chavez H."El médico familiar en la atención primaria a la salud". *Revista Médica IMSS abril 1995: 33,(2) 173-176.*

20.-Chavez A, García M. "La atención integral en medicina familiar" *Revista Médica IMSS. Marzo 1995: 33, (2,) 167-171.*

21.- R.I., Lee.L.W., Jones. "El concepto de buena atención medica". *Salud Pública de México. Volumen 32, No.2 (Marzo-Abril, 1990), pp.245-247.*

22.- L. H. Sutton., R.F., García, R, Et al. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México P.e.: 1a ed. México Df: formas e imágenes; 2013.

23. González M.lorena elizabeth, Gallardo D. Esperanza "Calidad de la atención médica: La. Diferencia entre la vida o la muerte". *Revista Digital Universitaria [REVISTA.ENLINEA] 2012[Consultado30Junio2014];13(8).Disponible ."*<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>"

24. HERNANDEZ LEYVA, Blanca Estela. "Motivos de asistencia, expectativas y .conceptos. Del derechohabiente en los servicios de urgencias de las unidades de Medicinafamiliar". *Revista Médica IMSS.Volumen34, Numero 6, (Enero-Diciembre, 1996),pp.467-471.*

25. Cruz GR, Martínez SA, Martínez EZ. Revisión y diferencias de los sistemas De evaluación de la calidad para la atenciónmedica en México. Avances [Revista en línea] 2012 [consultado junio 2014] 9 (51) Disponible En: <http://www.itesm.edu> • www.hsj.com.mx

26 Cruz GR, Avalos CA, Heras GA, Cáliz MA, Santos GJ. Estudio observacional descriptivo e inferencial sobre la calidad de vida profesional, su compromiso con la calidad de los Trabajadores de la salud y el impacto de la acreditación avances [revista en línea] 2012 [Consultado junio 2014] 9 (55) Disponible en: <http://www.itesm.edu> • www.hsj.com.mx