



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS  
INCORPORADA A LA UNAM  
CLAVE 3295-12.**

**TESIS:**

**“Mejora en la atención de enfermería para la disminución de quejas del usuario del Hospital General Naucalpan”.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:  
PEDRO CEDILLO MARTINEZ**

**ASESOR:  
Olin Laguna María Esther Guadalupe**



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

Dedicatoria.....	
Agradecimientos.....	
Introducción.....	
Tema de Investigación.....	
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
Descripción del problema.....	
Formulación del problema.....	
Justificación de la investigación.....	
Objetivos de la Investigación	
Objetivo general.....	
Objetivos específicos.....	
Límites de estudio.....	
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
Marco Histórico.....	
Marco Legal.....	
Marco Conceptual.....	
Marco Referencial.....	
Marco Teórico.....	

<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
Diseño Metodológico.....	
Procedimiento.....	
Criterios de Selección.....	
Hipótesis.....	
Definición Operacional de las Variables.....	
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.</b>	
Cuadros y Gráficas.....	
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	
Conclusiones.....	
Sugerencias.....	
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA Y GLOSARIO</b>	
Bibliografía.....	
Glosario	
<b>CAPÍTULO VII</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## **DEDICATORIA**

A:

### **A MI MADRE Rosa María Martínez**

Principalmente te quiero dedicar este trabajo por enseñarme la disciplina que conlleva el estudio, con tu buen ejemplo además del amor que siempre me brindas y me impulsa a continuar cumpliendo mis metas te amo verita.

### **A MI PADRE Pedro Cedillo Jiménez**

Por apoyarme en todo momento y sobre todo por sus palabras de aliento y su infinita fortaleza que me ha enseñado a no darme por vencido nunca, te amo Cedillo.

### **A MI HERMANO Pablo Cedillo**

Por su compañía por su amistad que será para siempre ya que es mi mejor amigo.

### **A MI HERMANA Perla Abigail Cedillo**

Por apoyarme con sus palabras además de su cariño te amo bebe

### **A MI NOVIA Elizabeth Adriana Mendieta Amaya.**

Te dedico este trabajo ya que sin tu amor ni tu apoyo no hubiera podido sentirme como me siento feliz y satisfecho te amo princesa gracias por tu confianza y comprensión para mis proyectos.

## **A MI ASESORA** Olin Laguna María Esther Guadalupe

Gracias por su apoyo y sus facilidades otorgadas para realizar esta tesis además de todos los conocimientos otorgados durante toda mi carrera y por crear hábitos de estudios muy importantes para mi carrera y en mi vida

## **A MI PROFESOR** José Francisco Morales Velázquez

Ya que sin sus conocimientos, enseñanzas y correcciones esto no hubiera sido posible por eso este trabajo también es suyo y en especial por todo lo aprendido muchas gracias profe Paquito no tengo como agradecer todo su apoyo

## **A MI AMIGA** Ellis Susana Solís Cervantes (camotes)

Por toda tu amistad por esos momentos durante la carrera llenos de alegrías y tristezas y sobre todo llenos de una bonita amistad

# **AGARDECIMIENTOS**

## **A MIS PADRES**

Por toda su confianza, por apoyarme, por todo su amor siempre tratare de hacerlos sentir orgullosos sin ustedes no habría sido posible este sueño gracias por toda la educación impartida durante toda mi vida y darme lo más hermoso que poseo que es mi carrera.

## **A MIS HERMANOS**

Porque durante toda mi carrera me dieron momentos de alegría, de apoyo y por estar siempre a mi lado en mis desveladas, mis proyectos y mis sueños.

## **A MI NOVIA**

Eli siempre te agradeceré por tu amor infinito ya que desde que te conocí siempre has apoyado e impulsado mi sueños que ahora se convierten en realidad además de hacer de tu familia una familia para mí la cual también me apoyado y mucho gracias amor te amo.

## **A MI PROFESOR FRANCISCO**

Le agradezco por su apoyo brindado, su tiempo y por la oportunidad de desarrollarme profesionalmente, gracias por su manera de trabajar el infundirme confianza, se ha ganado mi admiración respeto y lealtad ya que estaré en deuda con usted por siempre gracias AMIGO.

## **A MIS PROFESORES**

En especial a la Maestra Edith, Maestra Silvia, Maestra Zamarripa y la Maestra Tomy por sus lecciones, regaños y sobre todo la paciencia y confianza siempre mostrada espero se sientas satisfechas con el resultado que una vez sembraron y hoy da frutos.

## **A MI AMIGA ELLIS**

Por haber estado ahí desde el día uno y continuar así hasta el final además de creer siempre en mi, gracias por todo, te quiero amiga.

## **A MIS COMPAÑEROS**

Por hacerme la carrera más amena y feliz gracias por todos los momentos compartidos fuimos u n gran grupo de hecho el mejor.

## INTRODUCCIÓN

En Noviembre de 1993, en el marco del tratado de libre comercio de América Latina del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían seguir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés, fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países; para otorgar y recibir atención.

México carecía en ese entonces de una instancia reguladora de calidad de la atención médica. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia de los programas de trabajo propios de cada Institución; sin embargo hoy en día existen organizaciones internacionales que promueven la buenas prácticas en las unidades que proporcionan servicios de salud, dirigidas a elevar la calidad de atención de los pacientes.

Derivado de lo anteriormente expuesto, surge el interés de realizar una investigación en una Institución de Salud, centrada en el indicador de trato digno dentro del marco de atención de enfermería con el propósito de proponer estrategias que tengan un impacto positivo en la reducción de quejas.

Para tales efectos, nos enfocaremos a un hospital de segundo nivel que será el “HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN DR. MAXIMILIANO RUIZ CATANEDA” específicamente en las queja presentadas en el servicio de cirugía general durante el periodo del 1° de octubre del 2013 al 1° de octubre 2014 y determinaremos el impacto que tiene la atención de enfermería para reducir el número de quejas presentadas en este servicio durante este año.

## **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

**“Mejora en la atención de enfermería para la disminución de quejas del usuario del Hospital General Naucalpan”**

**CAPÍTULO I**

**PLANTEAMIENTO**

**DEL**

**PROBLEMA**

## **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Derivado de los derechos de los pacientes, la promoción en cuanto a documentación de la información y el auge que ha cobrado este tema a través de los medios masivos de comunicación, hoy en día los pacientes demandan la atención de los servicios de salud con un alto grado de exigencia para cubrir sus necesidades, lo que nos convierte en un grupo de servidores públicos excesivamente vulnerables a las quejas y en otros casos más delicados, puede trascender a situaciones de índole jurídica; es por ello que el gremio de enfermería debe establecer estrategias que coadyuven a fomentar las buenas prácticas en la atención eficaz, eficiente, oportuna y veraz en cada uno de los clientes que demandan nuestros servicios, con lo que acertadamente el impacto de insatisfacción por un trato no acertado se verá limitado.

Para abordar la problemática en cuanto a la propuesta de mejora para la reducción de quejas, se tomó una muestra del servicio de Cirugía General del Hospital General de Naucalpan Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda dependiente del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), realizando un estudio cualitativo de las quejas que se han presentado en este servicio durante el año del 2013 al 2014 para descubrir el impacto que se generó en la atención de enfermería, con la finalidad de proponer estrategias que contribuyan en un futuro a reducir las inconformidades de los pacientes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es la falta de apego al indicador de trato digno, la principal causa de quejas de los pacientes, en relación a la atención de enfermería en el servicio de Cirugía General del Hospital General de Naucalpan del ISEM?

## **JUSTIFICACIÓN**

En México hoy en día, con el Tratado de Libre Comercio, la Globalización, y la fusión de los servicios de salud, nos enfrentamos a una cultura de salud por competencias, donde se deben evidenciar el desarrollo y cumplimiento efectivo y veraz de las habilidades meta cognitivas de cada trabajador que oferta servicios de salud, de tal manera que en la actualidad han surgido diversas organizaciones internacionales que tienen como objetivo principal, garantizar la atención de calidad y seguridad del paciente a través de buenas prácticas, es por ello que para el alcance de estas metas, es necesario apegarse a los estándares e indicadores que estas exigen, en este caso nos enfocaremos al indicador de Trato Digno, que tiene por objeto, identificar el impacto que se ha generado en relación a las quejas dirigidas hacia el personal de enfermería del servicio de Cirugía General del Hospital General de Naucalpan del ISEM en el periodo comprendido del 01 de Octubre del 2013 al 01 de Octubre del 2014, con la finalidad de proponer mejoras en la atención de enfermería y de esta manera contribuir a disminuir el impacto negativo de las quejas.

# **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

## **OBJETIVO GENERAL:**

Analizar el impacto y causas de las quejas hacia el personal de enfermería en el Hospital General de Naucalpan, en el periodo comprendido del 01 de Octubre del 2013 al 01 de Octubre del 2014 para establecer estrategias de mejora.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.1 Analizar las quejas durante el periodo del 1° de octubre 2013 al 1° de octubre 2014
- 1.2 Identificar los factores que aumentan las quejas del usuario
- 1.3 Proponer estrategias de acuerdo a lo analizado
- 1.4 Comprobar que se evidencie una mejora a corto plazo

## **LÍMITES DE ESTUDIO.**

- ✓ **ÁREA DE CONOCIMIENTO:** Enfermería
  
- ✓ **LÍMITE ESPACIAL:** Hospital General de Naucalpan
  
- ✓ **LÍMITE GEOGRÁFICO:** Ferrocarril Acámbaro s/n colonia San Andrés  
Atoto Naucalpan de Juárez
  
- ✓ **LÍMITE DE TIEMPO:** del 1° de octubre 2013 al 1° de octubre 2014
  
- ✓ **UNIDADES DE ANÁLISIS:** Servicio de Cirugía General
  
- ✓ **RECURSOS DISPONIBLES:**  
HUMANOS: Un investigador  
MATERIALES: Lápiz, pluma, borrador, sacapuntas, laptop, USB,  
impresora.  
FINANCIEROS: Subsidiados por el investigador

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## **MARCO HISTÓRICO.**

A continuación se mostrara un poco de datos históricos de cómo ha ido evolucionando las mismas instituciones de salud para lograr llegar hasta donde se encuentran en cuanto a la atención que se brinda al usuario de estas dependencias.

La organización para la atención médica y las acciones sanitarias, han estado estrechamente relacionadas con los acontecimientos socio-políticos más importantes ocurridos en el país.

Algunos de los cambios organizativos más significativos que se realizaron para el otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta, se encuentran a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de febrero de 1917.

En 1926, se crearon en las entidades federativas las Juntas de Beneficencia Pública y las Delegaciones de Sanidad Federal. El 20 de enero de 1932, se creó la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en todos los Estados, para fomentar la coordinación entre los niveles de gobierno. En 1934, año en que se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública, se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad, así como los niveles jurisdiccional y local.

Posteriormente, en 1938 entraron en vigor los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, cuya estructura orgánica, para 1947, consideraba una jefatura y las secciones de epidemiología, higiene, asistencia y administrativa, así como jurisdicciones sanitarias en el nivel aplicativo.

Para poder entrar de lleno a nuestro tema de investigación es importante mencionar como nace esta idea o esta resolución para que el usuario que se encuentre insatisfecho pueda presentar una queja es por eso que analizaremos un contexto de estos programas que enaltecen los derechos de los pacientes por ejemplo la Organización Mundial de la Salud ha convocado a todos los países a la mejora de la calidad de la atención como la principal vía para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entendiendo esta mejora como todo proceso o herramienta dirigida a reducir la brecha a nivel sistémico y organizacional bajo los principios básicos de la calidad, que incluyen la atención centrada en la persona, la mejora continua de los procesos y la Seguridad del Paciente como prioridades para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

En seguimiento a este llamado, las prioridades señaladas son materia sustantiva de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, que en conjunto con las principales instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, han generado desde hace más de 13 años, políticas nacionales en materia de calidad en salud que han sentado las bases de una cultura de calidad en los servicios de salud.

El Programa Sistema Integral de Calidad en Salud integra proyectos para su operación en tres dimensiones principales: la gestión de la calidad en los servicios de salud, la Seguridad del Paciente Calidad Técnica y Seguridad del Paciente y la Calidad Interpersonal a través de la participación ciudadana en este ámbito encontramos programas más específicos como lo es el programa **“SI CALIDAD”** el cual se implementa en el plan nacional de salud del año (2007 al 2012) pero que continua su implementación en este plan nacional de salud (2013 al 2018) para la mejora de la atención, entre esta participación ciudadana encontramos que ella ya tiene voz en cuanto la atención que está recibiendo es por eso que puede mostrar su satisfacción a

través de una felicitación pero también a través de una queja de ahí que se desarrolle uno de los programas más importantes para el usuario del sector salud dicho programa de acuerdo a las reglas de operación de “**SI CALIDAD**” publicadas el 31 de diciembre del 2010 en el Diario Oficial de la Federación incorporan en el apartado de calidad percibida el denominado “**Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (MANDE)**” que expresa la voluntad de escucha y atención que se dirige a los usuarios del sector salud.

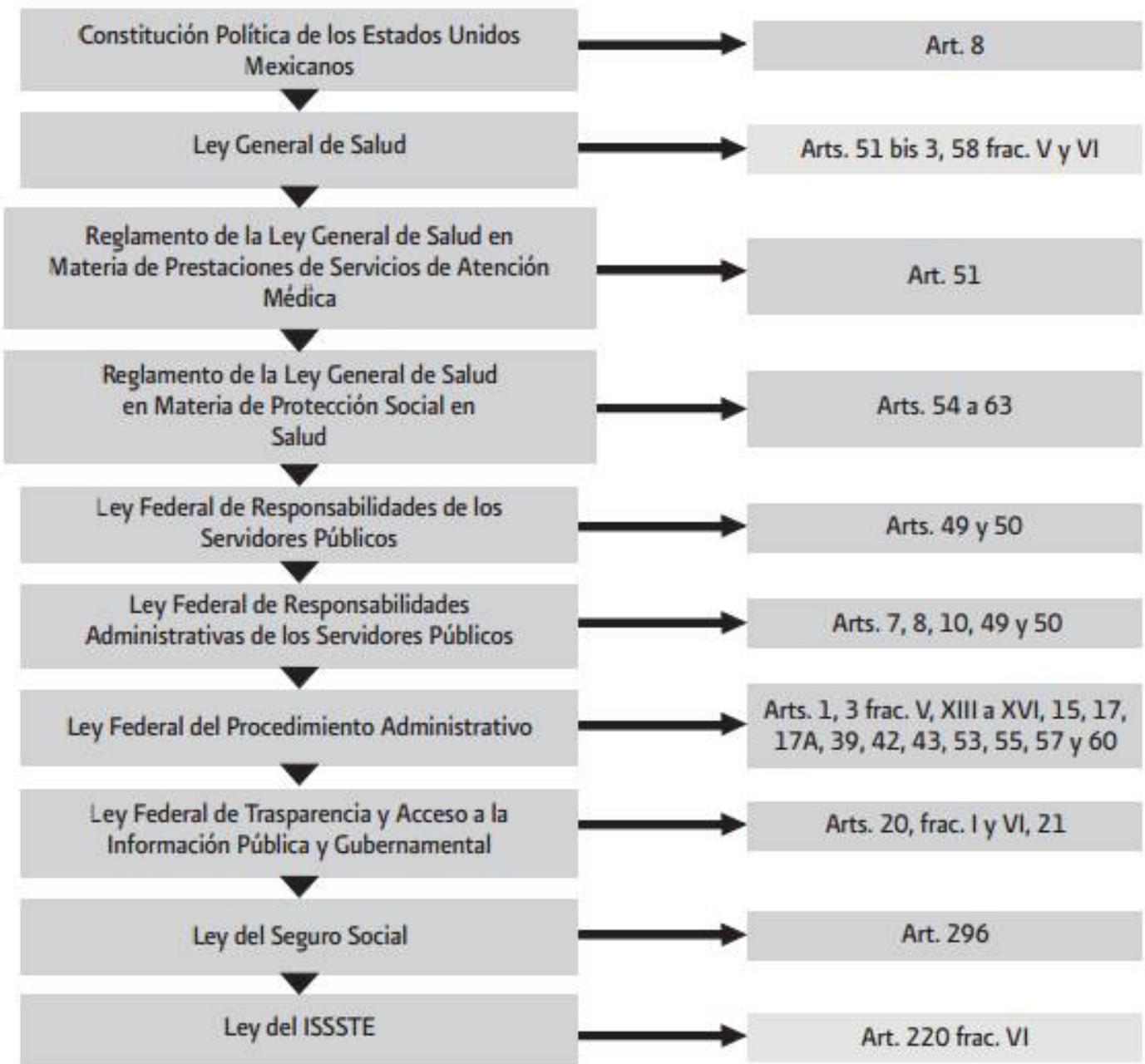
Hasta el día de hoy gracias a estos programas se garantiza una mejor atención al usuario del sector salud a través de la escucha activa hacia la satisfacción o insatisfacción de parte del usuario y de su familia. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <http://salud.edomexico.gob.mx/> ANTECEDENTES\_ISEM

## MARCO LEGAL

En cuanto al marco jurídico este se basa en varios aspectos legales como los muestra el siguiente cuadro que se describirá más adelante brevemente cada uno de estos aspectos:



### **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art. 8:**

Los funcionarios y empleados públicos respetaran el ejercicio del derecho de petición, siempre que esta se formule por escrito, de manera pacífica y respetuosa; pero en materia política solo podrán hacer uso de ese derecho los ciudadanos de la república.

A toda petición deberá recaer un acuerdo escrito de la autoridad a quien se haya dirigido, la cual tiene obligación de hacerlo conocer en breve término al peticionario

### **Ley General de Salud Capítulo IV Artículo 51 Bis 3.-**

“Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.”<sup>2</sup>

### **Capítulo IV Artículo 58 fracción V y VI**

“La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud

---

<sup>2</sup> CONAMED. Procedimiento de Atención de Inconformidades vía arbitraje DGAP-7.5.1-05. México: CONAMED.

## **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica Art. 51**

Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica, presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados.<sup>3</sup>

## **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud Art. del 54 -63**

**ARTICULO 54.-** Las autoridades sanitarias correspondientes, efectuarán las diligencias que crean necesarias para comprobar la información de la denuncia, cuidando que por este hecho, no se generen perjuicios al denunciante.<sup>4</sup>

**ARTICULO 55.-** Comprobada la infracción, la Secretaría, o en su caso, las demás autoridades sanitarias competentes, dictarán las medidas necesarias para subsanar las deficiencias encontradas en la prestación de los servicios médicos, independientemente de las sanciones que pudieran corresponder por los mismos hechos.<sup>5</sup>

**ARTÍCULO 56.-** Para los efectos de este reglamento, se entiende por consultorio a todo establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario, que tenga como fin prestar atención médica a pacientes ambulatorios.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> CONAMED. Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: CONAMED; 2008.

<sup>4</sup> Enciclopedia Jurídica Mexicana. México: Porrúa; 2002. ISBN 970-07-3339 al 3344.

<sup>5</sup> Opcit

<sup>6</sup> Opcit

**ARTICULO 57.-** Los establecimientos en los que se presten servicios para el control y reducción de peso a pacientes ambulatorios, cualquiera que sea su denominación o régimen jurídico, se considerarán, para efectos de este Reglamento como consultorios.<sup>7</sup>

**ARTICULO 58.-** Las actividades de los consultorios quedarán restringidas al desarrollo de procedimientos de atención médica, que no requieran la hospitalización del usuario.<sup>8</sup>

**ARTICULO 59.-** Los consultorios deberán contar con las siguientes áreas:

I.- De recepción o sala de espera, en la que no existan objetos o instalaciones que pongan en peligro la vida o la salud de los usuarios;

II.- La destinada a la entrevista con el paciente;

III.- La destinada a la exploración física del paciente;

IV.- Área de control administrativo;

V.- Instalaciones sanitarias adecuadas, y

VI.- Las demás que fijen las normas oficiales mexicanas.<sup>9</sup>

**ARTICULO 60.-** Los consultorios deberán contar con el equipo e instrumental señalado en las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría, tanto para medicina general como para las distintas

---

<sup>7</sup> CONAMED. Procedimiento de Atención de Inconformidades DGOG-P-7.5.1-01. México: CONAMED.

<sup>8</sup> Opcit

<sup>9</sup> Opcit

especialidades médicas, asimismo, el responsable en la solicitud, deberá señalar las actividades que se realizarán en el consultorio.<sup>10</sup>

**ARTÍCULO 61.-** Los consultorios que se encuentren dentro de un hospital, que sean utilizados para el servicio del mismo, no requerirán licencia sanitaria individual y quedarán amparados con la licencia de dicho establecimiento.<sup>11</sup>

**ARTÍCULO 62.-** En los consultorios se deberá llevar un registro diario de pacientes en la forma que al efecto señalen las normas oficiales mexicanas.<sup>12</sup>

**ARTÍCULO 63.-** Los consultorios deberán contar con un botiquín de urgencia con los insumos que establezcan las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría.<sup>13</sup>

## **Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos Art 49 y 50**

**ARTÍCULO 49.-** En las dependencias y entidades de la Administración Pública se establecerán unidades específicas, a las que el público tenga fácil acceso, para que cualquier interesado pueda presentar quejas y denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos, con las que se iniciará, en su caso, el procedimiento disciplinario correspondiente.<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Opcit

<sup>11</sup> CONAMED. Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: CONAMED; 2008.

<sup>12</sup> Opcit

<sup>13</sup> Opcit

<sup>14</sup> Opcit

La Secretaría establecerá las normas y procedimientos para que las instancias del público sean atendidas y resueltas con eficiencia.

ARTÍCULO 50.- La Secretaría, el superior jerárquico y todos los servidores públicos tienen la obligación de respetar y hacer respetar el derecho a la formulación de las quejas y denuncias a las que se refiere el artículo anterior y de evitar que con motivo de éstas se causen molestias indebidas al quejoso.<sup>15</sup>

### **Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos Arts. 7, 8, 10, 49 y 50**

ARTICULO 7.- Será responsabilidad de los sujetos de la Ley ajustarse, en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, a las obligaciones previstas en ésta, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público.<sup>16</sup>

ARTÍCULO 8.- Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones:

I.- Cumplir el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.<sup>17</sup>

II.- Formular y ejecutar los planes, programas y presupuestos correspondientes a su competencia, y cumplir las leyes y la normatividad que determinen el manejo de recursos económicos públicos.<sup>18</sup>

III.- Utilizar los recursos que tenga asignados y las facultades que le hayan sido atribuidas para el desempeño de su empleo, cargo o comisión,

---

<sup>15</sup> Opcit

<sup>16</sup> CONAMED. Procedimiento para la Emisión de Recomendaciones. CONAMEDPOP-Secc.-7.5.1-36. Revisión 13, 13-08-07. p. 1-11

<sup>17</sup> Opcit

<sup>18</sup> Opcit

exclusivamente para los fines a que están afectos;

ARTICULO 10.- En las dependencias y entidades se establecerán unidades específicas, a las que el público tenga fácil acceso, para que cualquier interesado pueda presentar quejas o denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos<sup>19</sup>

ARTICULO 49.- La Secretaría, con sujeción a lo previsto en el artículo 48 de la Ley, emitirá un Código de Ética que contendrá reglas claras para que, en la actuación de los servidores públicos, impere invariablemente una conducta digna que responda a las necesidades de la sociedad y que oriente su desempeño en situaciones específicas que se les presenten, propiciando así una plena vocación de servicio público en beneficio de la colectividad. El Código de Ética a que se refiere el párrafo anterior, deberá hacerse del conocimiento de los servidores públicos de la dependencia o entidad de que se trate.<sup>20</sup>

ARTÍCULO 50.- Las dependencias y entidades deberán evaluar anualmente el resultado de las acciones específicas que hayan establecido conforme a este Capítulo, y realizar, en su caso, las modificaciones que resulten procedentes, informando de ello a la Secretaría en los términos que ésta establezca.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Opcit

<sup>20</sup> Secretaría de Salud Federal (SS). Manual de operación para archivos administrativos. México: SS.

<sup>21</sup> Opcit

**Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental Arts. 20, frac. I y VI, 21**

Artículo 20. Los sujetos obligados serán responsables de los datos personales y, en relación con éstos, deberán:

I. Adoptar los procedimientos adecuados para recibir y responder las solicitudes de acceso y corrección de datos, así como capacitar a los servidores públicos y dar a conocer información sobre sus políticas en relación con la protección de tales datos, de conformidad con los lineamientos que al respecto establezca el Instituto o las instancias equivalentes previstas en el Artículo 61;

VI. Adoptar las medidas necesarias que garanticen la seguridad de los datos personales y eviten su alteración, pérdida, transmisión y acceso no autorizado.<sup>22</sup>

Artículo 21. Los sujetos obligados no podrán difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de sus funciones, salvo que haya mediado el consentimiento expreso, por escrito o por un medio de autenticación similar, de los individuos a que haga referencia la información.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Opcit

<sup>23</sup> Opcit

### **Ley del Seguro Social Art. 296**

Artículo 296. Los derechohabientes podrán interponer ante el Instituto queja administrativa, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculado con la prestación de los servicios médicos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo impugnado a través del recurso de inconformidad.<sup>24</sup>

### **Ley del ISSSTE Art. 220 frac. VI**

VI. Expedir los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público así como las disposiciones y lineamientos normativos distintos a los reglamentos expedidos por el Titular del Ejecutivo Federal, necesarios para la operación del Instituto.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Presidencia de la República. Reglamento Interno del Instituto Mexicano del Seguro Social. DOF, 18 de septiembre de 2006.

<sup>25</sup> Secretaría de Salud Federal (SS). Manual de operación para archivos administrativos. México: SS.

## MARCO CONCEPTUAL.

A continuación se muestra conceptos en relación con el tema para que pueda haber una mejor interpretación de lo que se está hablando y se logre un mismo lenguaje en cuanto a lo que se está hablando:

**Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria

**Impacto:** Conjunto de consecuencias provocadas por un hecho o actuación que afecta a un entorno o ambiente social o natural.

**Enfermería:** La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

**Atención:** Capacidad que tiene alguien para tener en cuenta o en consideración un objetivo

**Personal:** Conjunto de personas que trabajan en un mismo organismo

**Usuario:** Individuo que utiliza o usa ordinariamente algo

**Satisfacción:** Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha cumplido un deseo o cubierto una necesidad

**Servicio:** Es un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de la gente

**Queja:** Muestra de disconformidad, oposición o protesta por alguna cosa

**Analizar:** Capacidad humana que nos permite estudiar un todo cualquiera, en sus diversas partes componentes, en busca de una síntesis o comprensión o de sus razón

**Demostrar:** Probar algo o manifestar su verdad mediante pruebas teóricas o empíricas

**Consecuencia:** Es un efecto de un determinado suceso, decisión o circunstancia.

**Objetivo:** Es el planteo de una meta o un propósito a alcanzar, y que, de acuerdo al ámbito donde sea utilizado, o más bien formulado, tiene cierto nivel de complejidad.

**Capacidad:** Conjunto de recursos y aptitudes que tiene un individuo para desempeñar una determinada tarea.

**Conjunto:** Es lo que está unido o incorporado a otra cosa o que es se encuentra mezclado.

**Reducción:** Disminución de la fuerza cantidad, tamaño o intensidad de una cosa.

**Otorgar:** Consentir u otorgar algo que se pide o se demanda.

**Cantidad:** Es el valor numérico que resulta de una medición de una magnitud.

**Entorno:** Conjunto de circunstancias físicas y morales que rodean a una persona o cosa.

**Disconformidad:** Oposición, desacuerdo falta de conformidad.

**Muestra:** Parte o porción de un producto que permite conocer la cantidad del producto.

**Enfermo:** Aquel ser vivo que padece una alguna enfermedad.

**Oposición:** Es la acción y efecto de oponerse o proponer una razón contra lo que otra persona dice.

**Mejora Continua:** Proceso que permite a los directivos y personal operativo, ejercer acciones de cambio encaminadas a lograr que las intervenciones, servicios o productos de la actividad profesional de enfermería sean consistentes con los estándares de calidad.

**Trato digno:** Que implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona

**Estándar:** una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.

**Indicador:** una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

**Seguridad del paciente:** es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria.

Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> CONAMED. Glosario de términos más usados en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: CONAMED (Documento de circulación interna); 2007.

## **MARCO REFERENCIAL.**

Este tema de calidad no es un tema nuevo a continuación mostraremos algunos trabajos que se han hecho en cuanto a calidad y que es lo que se ha logrado con ellos.

### **1ER TRABAJO DE INVESTIGACION**

En el primer trabajo mencionaremos una investigación que se realizó en la ENEO con el tema **"Impacto de la Enfermera Clínica Líder sobre la Calidad del Cuidado a Nivel Microsistema"**.

Su objetivo fue: evaluar el impacto de la presencia de la enfermera clínica líder dentro de un microsistema de cuidado agudo, midiendo la satisfacción del paciente.

El método : Un diseño de serie de tiempos interrumpidos fue usado para estimar la satisfacción del paciente con múltiples aspectos del cuidado, 10 meses antes y 12 meses después de la inclusión del rol de la enfermera clínica líder en una unidad de cuidado progresivo, en comparación con una unidad de cuidado control. Los datos fueron obtenidos con encuestas de tipo Press Ganey, y el análisis fue llevado a cabo mediante un programa para flujo de datos.

Conclusión: Las puntuaciones de admisión mostraron mejorías continuas significativas luego de la implementación de la enfermera clínica líder. Esta mejoría corresponde a la creación de la acreditación de la coordinación del cuidado de la enfermera clínica líder para asegurar que, durante la admisión, información de paciente comprensiva fue obtenida y documentada apropiadamente, planes de cuidado holísticos fueron creados, y todas las

órdenes de admisión fueron identificadas para asegurar elementos básicos como dieta y medicaciones apropiadas.

La puntuación de enfermería mostró una mejoría inmediata y sostenida. Este incremento con mayor probabilidad refleja la suma de mejoramientos significativos en las puntuaciones individuales del cuidado de enfermería. Destreza de la enfermera registrada mostró la mayor mejoría. No obstante que las enfermeras clínicas líderes no se involucraron formalmente en la educación al personal de enfermeras registradas, ellas moldearon la práctica profesional sobre una base diaria, y fueron una conveniente fuente de información sobre los estándares de las políticas y la práctica profesional para todos los miembros del equipo al cuidado de la salud, no solamente para el personal de enfermeras. Las enfermeras clínicas líderes también fueron una consistente fuente de información clínica y práctica para las recién contratadas y graduadas nuevas enfermeras, lo que pudo haber ayudado a los nuevos miembros a integrarse más rápidamente en el establecimiento de la práctica, resultando en una incrementada percepción de los pacientes sobre las destrezas de las enfermeras registrada.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> CONAMED. Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: CONAMED; 2008.

## 2DO TRABAJO DE INVESTIGACION

El siguiente trabajo es de una tesis que lleva el nombre: “Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en un hospital de IMSS”

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple conformado por 60 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un formulario tipo cuestionario y tipo Escala de Lickert modificada, la técnica fue la entrevista.

Conclusión: la percepción de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería es medianamente desfavorable con tendencia a desfavorable (56.67%), debido que el paciente manifiesta que la enfermera se muestra insensible ante el dolor, despreocupación frente a sus necesidades, falta de amabilidad al atenderlo, despreocupación frente a la invasión de la privacidad, falta de cortesía ya que las enfermeras no lo saludan, no les dicen como se llaman, no los llaman por su nombre, muestran indiferencia por el ambiente de la unidad así como por los ruidos que dificultan su descanso y el desinterés por su alimentación. Pero debemos resaltar que hay un porcentaje considerable (43.33%) de pacientes que perciben la calidad de la atención como favorable y medianamente favorable lo cual muestra que en este hospital del IMSS hay enfermeras que realizan su trabajo con dedicación y esmero.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Opcit

## **“Hospital General Naucalpan”**

Como referencia también hablaremos de cuál es la misión y visión para saber hacia dónde se encamina nuestro objetivo del hospital donde se está brindando la atención que estamos analizando:

### **MISIÓN**

Proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México.

### **VISIÓN**

Ser la Institución líder que proporcione servicios de Salud Pública de calidad en sus tres niveles de atención a la población en el Estado de México, fomentando la prevención y la cultura del auto cuidado, para satisfacer las demandas de la sociedad.

## **MARCO TEORICO**

### **Metas internacionales**

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las Metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos.

Las metas están estructuradas de la misma manera que los demás apartados: incluyen un estándar, un propósito y elementos medibles. Las metas se califican como “cumple”, “cumple parcialmente” o “no cumple”, y de acuerdo con las reglas de decisión para dictaminar la certificación de hospitales aprobadas por el Consejo de Salubridad General, ningún elemento medible (EM) debe obtener calificación de cero o cinco si el hospital desea certificarse, por esta razón se señalan como estándares indispensables.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> CONAMED. Procedimiento de Atención de Inconformidades DGOG-P-7.5.1-01. México: CONAMED.

## **1) Identificar correctamente al paciente.**

**Objetivo:** Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital,

pueden padecer discapacidades sensoriales o estar en condiciones que puedan inducir a errores en cuanto a la identificación correcta.

El propósito de este objetivo es doble:

1) Identificar de forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento.

2) Hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona. Las políticas y/o procedimientos del hospital exigen al menos el uso de dos datos (identificadores) para identificar un paciente.

Por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. El número de habitación del paciente, número de cama o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación.<sup>30</sup>

## **2) Mejorar la Comunicación Efectiva.**

**Objetivo:** Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

---

<sup>30</sup> opcit

Cuando la comunicación es efectiva, implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete.<sup>31</sup>

### **3) Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de alto riesgo.**

**Objetivo:** Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental manejarlos adecuadamente para garantizar su seguridad. Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la administración errónea de electrolitos concentrados. Este error puede ocurrir por falta de supervisión, por falta de orientación e inducción del personal o por una situación de urgencia mal manejada. El medio más efectivo para disminuir o eliminar esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.<sup>32</sup>

### **4) Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.**

**Objetivo:** Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y/o al paciente equivocado son problemas comunes en los hospitales. Pueden contribuir a ello, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación

---

<sup>31</sup> OPCIT

<sup>32</sup> OPCIT

abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas.

El protocolo universal debe de realizarse en todos los procedimientos, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos o de alto riesgo que el establecimiento determine. El marcado del sitio quirúrgico involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca piel. La marca debe ser la misma en toda la organización y debe ser efectuada por el médico que llevará a cabo el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad o estructuras múltiples y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente.<sup>33</sup>

#### **5) Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención médica.**

**Objetivo:** Reducir el riesgo de infecciones a través de un programa efectivo de higiene de manos.

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica. Las infecciones incluyen infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, bacteremias y neumonía. Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones es la higiene adecuada de las manos.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> OPCIT

<sup>34</sup> OPCIT

## **6) Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.**

**Objetivo:** Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes hospitalizados. El establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas y reducir la probabilidad de la ocurrencia de una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, el estado postquirúrgico, la edad del paciente, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de la marcha y el equilibrio y los apoyos empleados por el paciente para caminar. La evaluación del riesgo de caídas debe realizarse como parte del tamizaje en el Servicio de Urgencias y/o la evaluación inicial del paciente hospitalizado; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente. Al menos se evalúa a cada paciente en cada cambio de turno, cambio de área o servicio y/o cambio en el estado de salud. El establecimiento debe implementar un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados.<sup>35</sup>

### **ESTÁNDARES DE CERTIFICACIÓN**

El objetivo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

---

<sup>35</sup> OPCIT

En este contexto, la Certificación de Establecimientos de Atención Médica es el proceso mediante el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.<sup>36</sup>

Las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse, son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que su hospital es competitivo internacionalmente.
- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

Los Estándares para Certificar Hospitales versión 2012, constan de 3 secciones, la primera abarca las metas internacionales para la seguridad del

---

<sup>36</sup> Modelo de Calidad INTRAGOB. México: Gobierno Federal; 2006, p. 31. [Acceso: 10-06-2012.] Disponible en: [http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/redRH/capacidades/Modelo\\_Intragob.pdf](http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/redRH/capacidades/Modelo_Intragob.pdf)

paciente, la segunda los estándares centrados en el paciente y la tercera, los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica.

Las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, identifican áreas de alto riesgo en los hospitales y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos. Las metas internacionales para la seguridad del paciente son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Los Estándares Centrados en el Paciente abarcan los siguientes apartados:

- Acceso y continuidad de la atención (ACC)
- Derechos del paciente y de su familia (PRF)
- Evaluación de pacientes (AOP)
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)
- Atención de pacientes (COP)
- Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
- Manejo y uso de medicamentos (MMU)
- Educación del paciente y de su familia (PFE)

Los Estándares Centrados en la Gestión abarcan los siguientes apartados:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente (QPS)
- Prevención y control de infecciones (PCI)
- Gobierno, liderazgo y dirección (GLD)
- Gestión y seguridad de las instalaciones (FMS)
- Calificaciones y educación del personal (SQE)
- Manejo de la comunicación y la información (MCI)

El proceso para certificar hospitales está compuesto de 3 fases, a través de las cuales el Consejo de Salubridad General evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Dichas fases son:

- Inscripción y Autoevaluación.
- Auditoría.
- Dictamen.

El proceso de certificación del Consejo de Salubridad General evalúa que los hospitales:

1. Asuman la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su misión organizacional.
2. Brinden atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.

3. Respeten en todo momento los derechos de los pacientes y propicien su participación en los procesos de atención, sustentada en la educación adecuada a su contexto sociocultural.
4. Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas para las actividades, funciones y responsabilidades que tienen a su cargo.
5. Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios de seguridad para los pacientes que atienden.
6. Dispongan de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.
7. Gestionen la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasi fallas.
8. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
9. Puedan brindar atención médica, en forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre.
10. Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de “Primero no dañar” sea una prioridad permanente de toda organización.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Modelo de Calidad INTRAGOB. México: Gobierno Federal; 2006, p. 31. [Acceso: 10- 06- 2012.] Disponible en: [http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/redRH/capacidades/Modelo\\_Intragob.pdf](http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/redRH/capacidades/Modelo_Intragob.pdf)

## **ISO 9001:2008**

### **¿Qué es ISO 9001:2008?**

#### **Objetivos**

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización:

- a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables,
- b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

#### **Generalidades**

La ISO 9001:2008 La Organización Internacional de Estandarización (ISO, según la abreviación aceptada internacionalmente)

Es la base del sistema de gestión de la calidad ya que es una norma internacional y que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad debería ser una decisión estratégica de la organización. El diseño y la implementación del sistema de gestión de la calidad de una organización están influenciados por:

- a) el entorno de la organización, los cambios en ese entorno y los riesgos asociados con ese entorno,
- b) sus necesidades cambiantes,
- c) sus objetivos particulares,
- d) los productos que proporciona, e) los procesos que emplea,
- f) su tamaño y la estructura de la organización.

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.<sup>38</sup>

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto,
- b) asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad,
- c) mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.

### **Política de Calidad**

---

<sup>38</sup> OPCIT

La Dirección General deberá asegurarse de que la política de calidad:

Sea adecuada al objetivo de la empresa.

Abarque un compromiso con el cumplimiento de los requisitos y la mejora constante del QMS.

Provea un cuadro para determinar y rever los objetivos de calidad.

Sea comunicada y comprendida por toda la empresa.

Sea revisada para asegurar una estabilidad continua.

La Dirección General debe desarrollar la política de calidad y un método para comunicarla a toda la organización. Recuerde comunicarla a los nuevos empleados a medida que se suman a la organización.<sup>39</sup>

La política de calidad debe abarcar un compromiso con el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad y la mejora constante de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

La política de calidad debe abarcar un compromiso con el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad y la mejora constante de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

Base su política de calidad en su propia empresa y en la necesidad de sus clientes. ¿Qué debe obtener como empresa? Si eso está incluido en su política de calidad, puede proyectar sus objetivos de calidad en apoyo de su política de calidad. Una vez establecida la política de calidad, ésta deberá comunicarse a toda la organización.

Objetivos de calidad

---

<sup>39</sup> OPCIT

Los Objetivos de Calidad deben establecerse en los niveles y en las funciones correspondientes dentro de la organización.

Los objetivos de calidad deben ser mensurables y conformes a la política de calidad.

Los objetivos de calidad deben comprender aquellos necesarios para cumplir con los requisitos del producto.

La Dirección General debe revisar la política de calidad y establecer los objetivos mensurables en apoyo de la política de calidad. De esta manera los objetivos de producto y proceso pueden ir desplegándose.

Asegúrese de que se asignen las responsabilidades para satisfacer los objetivos. Si éstos no se satisfacen, la persona responsable debe saber por qué y señalarlo a la dirección. La dirección debe tomar las medidas correspondientes, destinando recursos, cambiando de enfoque o cambiando de objetivo.<sup>40</sup>

### **Satisfacción del cliente**

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

NOTA El seguimiento de la percepción del cliente puede incluir la obtención de elementos de entrada de fuentes como las encuestas de satisfacción del cliente, los datos del cliente sobre la calidad del producto entregado, las encuestas de opinión del usuario, el análisis de la pérdida de negocios, las

---

<sup>40</sup> Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Edit. La Prensa Médica Mexicana

felicitaciones, las garantías utilizadas y los informes de los agentes comerciales.<sup>41</sup>

### **Mejora continua**

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

Política de la calidad

La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:

- a) es adecuada al propósito de la organización,
- b) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad,
- c) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,
- d) es comunicada y entendida dentro de la organización,
- e) es revisada para su continua adecuación.

Su organización deberá mejorar constantemente la eficacia del sistema de calidad aplicando la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de la revisión, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la Dirección. Identifique de qué manera los procesos citados contribuyen a la mejora constante del Sistema de Gestión de Calidad.

---

<sup>41</sup> OPCIT

La Dirección es responsable de la mejora constante de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. Estos procesos son los instrumentos que deben utilizarse para obtener la mejora continua.<sup>42</sup>

### **Acción Correctiva**

La empresa deberá eliminar la causa de las no conformidades para impedir que el problema se repita.

Deberá establecerse un procedimiento documentado para definir los siguientes requisitos:

Rever las no conformidades

Determinar las causas de no conformidad

Evaluar la necesidad de acciones para impedir que el problema se repita

Determinar e implementar las acciones necesarias

Registrar los resultados de las acciones emprendidas

Rever las acciones correctivas emprendidas

Los programas de acciones correctivas y preventivas de su organización son fundamentales para la mejora constante de los procesos, del producto y del sistema. Ambos procesos son similares al sistema de 1994.

Construya un sistema de acciones correctivas que permita determinar las causas de las no conformidades. Una vez determinadas las causas, evalúe qué se puede hacer para impedir que el problema se repita. Implemente la

---

<sup>42</sup> OPCIT

acción y efectúe el seguimiento para asegurarse de que la acción haya sido eficaz.<sup>43</sup>

## **METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El propósito de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Los objetivos destacan las áreas problemáticas dentro de la atención médica y describen soluciones consensuadas para estos problemas, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos. Reconociendo que un diseño sólido del sistema es fundamental para la prestación de atención médica segura y de alta calidad, los objetivos por lo general se centran en soluciones que abarcan todo el sistema, siempre que sea posible.

Los Objetivos son:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociada con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> OPCIT

## **Diez Acciones en Seguridad del Paciente**

### **1. Identificación del Paciente.**

Utilice por lo menos dos datos diferentes de identificación, por ejemplo nombre completo del paciente y fecha de nacimiento; nunca el número de cama ni horario de atención.

### **2. Infecciones Nosocomiales.**

La higiene de manos es capaz de salvar vidas. Cinco momentos para realizar la higiene de manos: 1) antes del contacto con el paciente; 2) antes de manipular un dispositivo invasivo; 3) después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosa, piel no intacta o vendajes de heridas; 4) después de entrar en contacto con el paciente; y 5) posterior al contacto con objetos localizados en la habitación del paciente.

### **3. Clima de Seguridad.**

Dé ejemplo de consciencia y cuidado frente a las acciones de seguridad del paciente. Fomentar la fraternidad en pro de la seguridad del paciente.

---

<sup>44</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Ginebra, Suiza: OMS; 2009 Ene.

#### **4. Comunicación Clara.**

Utilice terminología estandarizada (taxonomía establecida por los representantes de Seguridad del Paciente del Comité Nacional por la Calidad en Salud).

#### **5. Manejo de Medicamentos 5 "C":**

1) Paciente Correcto; 2) Medicamento Correcto; 3) Vía Correcta; 4) Dosis Correcta y; 5) Rapidez Correcta, además de un plan de acción en caso de falla o error.

#### **6. Cirugías y Procedimientos 4 "C":**

1) Paciente Correcto; 2) Cirugía y Procedimiento Correcto; 3) Sitio Quirúrgico Correcto y; 4) momento Correcto, además de un plan de acción en caso de falla o error, así como del empleo de una lista de cotejo antes de comenzar cirugías y procedimientos.

#### **7. Uso de protocolos y/o Guías Diagnósticas.**

Atienda protocolos y/o guías diagnósticas de acuerdo al padecimiento.

#### **8. Caída del Paciente.**

Identifique pacientes o situaciones de alto riesgo, Si el paciente está en cama, deje los barandales arriba. Informe al paciente y familiares acerca de medidas preventivas.

#### **9. Haga Co-responsable al Paciente.**

Facilite que expresen sus dudas, verifique que el paciente haya entendido su padecimiento así como su tratamiento, rectifique todos los tratamientos a los que esté siendo sometido, inclusive los alternativos. Incluya esta información en el enlace a otros servicios.

## **10. Factores Humanos.**

Si no se encuentra al 100% de sus capacidades por cansancio, prisa, asuntos personales, etc es mejor externarlo y pedir ayuda. Si tiene dudas pregunte al especialista indicado.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup>Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Ginebra, Suiza: OMS; 2009 Ene.

**CAPÍTULO III**

**METODOLOGÍA**

**DE LA**

**INVESTIGACIÓN**

# **DISEÑO METODOLÓGICO**

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Cualitativa

**TIPO DE ESTUDIO:** retrospectivo

**DISEÑO:** Transversal

**UNIVERSO:** hospital general Naucalpan

**MUESTRA:** servicio de cirugía general

**TIPO DE MUESTRA:** formato de quejas.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión:**

Usuarios del servicio de Cirugía General del H.G.N. que presenten quejas al área de enfermería

### **Criterios de exclusión:**

Usuarios del resto del hospital

Usuarios del servicio de Cirugía General que no hayan presentado alguna queja o en su defecto a otra área que no sea enfermería.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Propuesta de la Dirección de Calidad/CONAMED.

### **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:**

El formato de queja y las quejas que se presentaron durante el periodo del 1° de octubre 2013 al 1° de octubre 2014.<sup>47</sup>

### **PROCEDIMIENTO:**

Se acude al área de calidad del Hospital General de Naucalpan para investigar cuantas quejas se presentaron en el servicio de cirugía general durante el año 2013 al 2014 y se sacan estadísticas por año y se grafican posteriormente se determina para ver si se han reducido el número de quejas en el servicio de cirugía general.<sup>48</sup>

### **MATERIAL UTILIZADO:**

- a) Formato de quejas
- b) Laptop
- c) impresora
- d) quejas presentadas

---

<sup>47</sup> CONAMED. Guía de términos sobre motivos de queja de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: CONAMED

<sup>48</sup> OPCIT

## **HIPÓTESIS.**

Si se realizan buenas prácticas del personal de enfermería en apego a estándares e indicadores de calidad, podrán disminuir las quejas significativamente.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.**

### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

Es la atención inoportuna, un mal trato y en ocasiones la omisión de necesidades del paciente, por parte del personal de enfermería ya que dependiendo de esta atención se presentara una mayor probabilidad de queja.

### **VARIABLES DEPENDIENTES**

En este caso es la queja ya que en este caso aumentan o disminuyen dependiendo las determinantes que lo provoquen.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

### VARIABLES INDEPENDIENTES<sup>49</sup>

**Atención:** Capacidad que tiene alguien para tener en cuenta o en consideración un objetivo.

**Enfermería:** La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

**Inoportuno:** Se aplica a la persona o cosa que actúa o sucede en un momento, lugar o situación inadecuados o que no convienen

**Maltrato:** Se conoce como maltrato a la acción y efecto de maltratar, que significa tratar mal a una persona, echarla a perder. Se refiere a una forma de agresión que se puede manifestar de dos formas principalmente; maltrato físico y maltrato psicológico que se da en el marco de una relación entre dos o más personas

**Omisión:** Falta que se comete por haber dejado de decir o de hacer una cosa.

---

<sup>49</sup> Diccionario del Español de México. México: El Colegio de México, A. C. [Acceso: 10-04-2012.] Disponible en: <http://dem.colmex.mx/deum.aspx>.

**Necesidad:** "*un estado de carencia percibida*"

## **VARIABLES DEPENDIENTES<sup>50</sup>**

**Queja:** Muestra de disconformidad, u oposición o protesta por alguna cosa o situación, Motivo para que una persona se queje

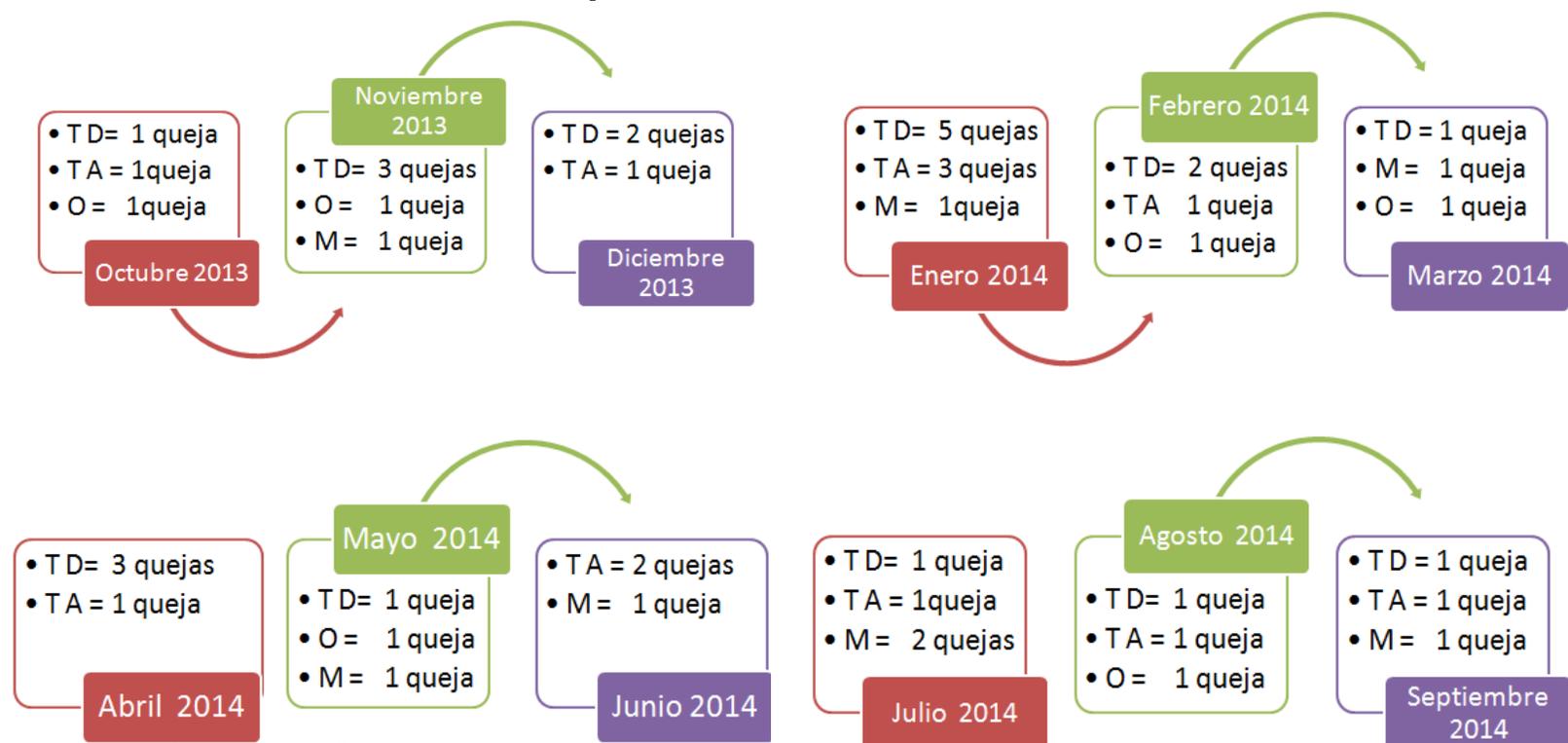
**Determinantes:** Nombre común que constituye la causa que determina o decide algo que se considera importante. Palabra que acompaña al sustantivo y limita o concreta su significado; suele ir delante del sustantivo y concordar en género y número con él.

---

<sup>50</sup> OPCIT

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E**  
**INTERPRETACIÓN DE**  
**LOS DATOS**

## Análisis e interpretación de resultados



mes	Quejas en TD	Quejas en TA	Quejas en O	Quejas en M
Octubre 2014	1	1	1	-
Noviembre 2013	3	-	1	1
Diciembre 2013	2	1	-	-
Enero 2014	5	3	-	1
Febrero 2014	2	1	1	-
Marzo 2014	1	-	1	1
Abril 2014	3	1	-	-
Mayo 2014	1	-	1	1
Junio 2014	-	1	-	1
Julio 2014	1	1	-	2
Agosto 2014	1	1	1	-
Septiembre 2014	1	1	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

TD= Trato digno  
 TA= Tardanza en cuanto a la atención  
 M= Maltrato físico  
 O= Omisión hacia necesidad

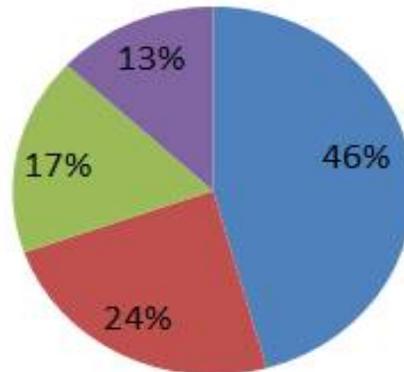
## quejas en servicio de cirugía general durante el periodo del 1° de octubre del 2013 al 1° de octubre 2014

- trato digno 21 quejas
- tardanza en cuanto a atención 11 quejas
- maltrato físico 8 quejas
- omisión hacia necesidad 6 quejas

MODA= 21  
QUEJAS

PROMEDIO= 3.8  
QUEJAS POR  
MES

MEDIA: 23  
QUEJAS AL AÑO



**Análisis:** En el periodo de del 1° de octubre 2013 al 1° de octubre 2014 se presentaron 61 quejas en el servicio de cirugía general del Hospital General Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda las cuales solo 46 de ellas en relación a enfermería, cabe destacar que en años anteriores no se habían presentados tan alto número de queja ya que no había tanta difusión de los derechos de los pacientes en especial sobre el que pudieran presentar quejas por insatisfacción por parte del servicio que se le había brindado en especial del personal de enfermería y se hace de vital importancia en lo personal el presentar la siguiente información ya que al hablar de 46 quejas durante el año es aproximadamente hablar de 3.8 quejas al mes lo cual está indicando que la atención de enfermería no está mejorando sino lo contrario al realizar un cambio en la atención que se brinda en especial realizando una atención de calidad se buscara reducir el número de quejas que se presentan en este servicio en particular y de esta manera demostrar el impacto que tiene dicha atención con la reducción de quejas presentada.

## JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

NO. DE PRIORIDAD	PROBLEMA	TRASCEN-DENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	MAGNITUD	CALIFICACION FINAL
1	Incumpliendo parcial de tarto digno	10	8	8	9	35
2	Carga excesiva de trabajo	10	7	8	8	33
3	Pacientes muy demandantes ante necesidades	9	7	7	8	31
4	Falta de confidencialidad de información	8	7	5	7	27
5	falta de liderazgo en el personal	8	6	5	7	26

CALIFICACION DE COLUMNAS:  
1-3 =BAJO IMPACTO EN EL PROBLEMA  
4-6=MEDIANO IMPACTO EN EL

CALIFICACION FINAL:  
30 – 40= FACTOR DE ALTO RIESGO  
20 - 29= FACTOR DE MEDIANO RIESGO  
10 - 19= FACTOR DE BAJO RIESGO  
<10 = FACTOR SIN RIESGO

## MATRIZ FODA

### DEBILIDADES

1. Incumplimiento parcial del indicador de calidad trato digno.
2. carga excesiva de trabajo
3. Pacientes demasiado demandantes ante necesidades de salud.
4. Falta de confidencialidad de información del usuario.
5. Falta de liderazgo en el personal.

### FORTALEZAS

1. Interés del personal para mejorar la atención en enfermería.
2. Existe trabajo en equipo.
3. Personal consciente de las necesidades de los usuarios.
4. Adecuada comunicación interdepartamental.
5. Actitudes positivas hacia el aprendizaje.

### AMENAZAS

1. Vulnerabilidad ante las quejas y demanda por parte del usuario
2. Retraso en la atención.
3. Enfado de familiares del usuario por la atención brindada
4. Mal manejo de la información del usuario a personas ajenas al servicio.
5. No hay motivación para desempeñar función de líder.

### OPORTUNIDADES

1. Oportunidad para desarrollar e implementar proyectos que planea el personal operativo
2. Aprovechar las actitudes que tiene el personal para adaptarse a las nuevas situaciones
3. Aprovechar la existencia de tiempos muertos.
4. Aprovechar las actitudes positivas hacia el aprendizaje por parte del personal
5. Aprovechar la existencia de becas otorgadas para el personal que estudia

## **DESPLIEGUE OPERATIVO**

**D1/A1/O1/F1.** Implementación de un micro sistema de gestión de calidad para evaluar el desempeño en cuanto a trato digno por parte del personal de enfermería.

**D2/A2/F2/O2.** Realización de un rol más interactivo y dinámico para no caer en monotonía y cambiar de actividades continuamente.

**D3/A3/O3/F3.** Concientizar al familiar y usuario de carga excesiva de trabajo en caso de que se presente.

**D4/A4/O4/F4:** Reforzar las normas y derechos que protegen la privacidad y confidencialidad de la información del usuario.

**D5/ A5/O5/F5:** Promoción de estímulos por el buen desarrollo laboral así como hacer partícipe al personal en la toma de decisiones.

NO.	Problema	Tipo de estrategia	Definición de la estrategia	Línea de acción	Responsable	Evaluación	Plazo	Impacto esperado
1	Incumplimiento parcial del indicador de trato digno	Defensivo	Creación de micro sistema de gestión de calidad	Se creara un micro sistema de gestión de calidad para innovar el plan de trabajo existente a fin de mejorar el trato digno en la atención del usuario	Jefe de servicio y Encargados de servicio de cirugía general	Aplicación de cuestionario de satisfacción del micro sistema de gestion de calidad y al mismo tiempo identificación de necesidades para desarrollar las habilidades metacognitivas del personal.	Corto plazo (3 meses)	Aumentar la eficacia y eficiencia en procesos operativos en especial el de trato digno

NO.	Problema	Tipo de estrategia	Definición de la estrategia	Línea de acción	Responsable	Evaluación	Plazo	Impacto esperado
2	Carga excesiva de trabajo	Defensivo	Creación de un rol mas interactivo y dinámico	Crear un rol que permita realizar distintas actividades mas continuamente para evitar que se continúen con la misma percibiendo mas carga de trabajo	Jefe de servicio y encargados de servicio de cirugía general	Evaluación periódicas a travez de entrevista con el personal operativo	Corto plazo 2 meses	Proporcionar ambiente de confort y armonia

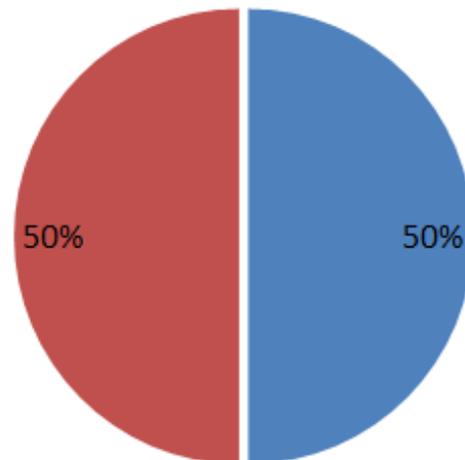
NO.	Problema	Tipo de estrategia	Definición de la estrategia	Línea de acción	Responsable	Evaluación	Plazo	Impacto esperado
3	Pacientes muy demandantes	Preventiva	Concientizar al familiares	Concientizar al familiar de la carga existente de trabajo así como explicar el por que quizá demore la atención hacia su familiar hospitalizado	Personal de enfermería	Medición del aprendizaje, avance y adaptación	Corto plazo (durante el turno)	Proporcionar un ambiente de seguridad y armonía para el familiar durante el turno

NO.	Problema	Tipo de estrategia	Definición de la estrategia	Línea de acción	Responsable	Evaluación	Plazo	Impacto esperado
4	Falta de confidencialidad de información del usuario	Adaptativa	Concientizar al personal a base de capacitación	Difusión de reglamentos , normas y derechos que existen para la protección de privacidad de la información del usuario	Jefe de servicio y encargados de servicio de cirugía general	Medición de aprendizaje y avance adaptativo	Corto plazo (2 meses)	Creación de conciencia del mal manejo de la información del usuario a personas ajenas al servicio

NO.	Problema	Tipo de estrategia	Definición de la estrategia	Línea de acción	Responsable	Evaluación	Plazo	Impacto esperado
5	falta de liderazgo en el personal	Adaptativa	Promoción de la importancia del liderazgo en el personal de enfermería	Hacer partícipe al personal en la toma de decisiones y en aportar ideas para mejorar el servicio	Personal de enfermería encargada de servicio	Supervisión continua de los diferentes turnos	Continuo y efectivo	Motivación del personal por su labor y fomentar el liderazgo

## quejas en el servicio de cirugía general durante el periodo del 1° de noviembre al 31 de diciembre del año 2014

■ trato digno 1 queja    ■ tardanza en cuanto atención 1 queja



MODA= 1 QUEJA

PROMEDIO= 1 QUEJA

MEDIA 0.5 QUEJAS

**Análisis:** en este bimestre y ya con las estrategias implementadas podemos ver que el índice de quejas a comparación de un bimestre del año pasado encontramos gran reducción en el índice de quejas ya que en promedio tenemos 2 quejas por bimestre

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y**  
**SUGERENCIAS**

## CONCLUSIÓN

Durante este trabajo de investigación se logra comprobar la hipótesis “Si se realizan buenas prácticas del personal de enfermería en apego a estándares e indicadores de calidad, podrán disminuir las quejas significativamente” por lo que encontramos que fue un trabajo provechoso ya que nos deja muchas lecciones favorables, en cuanto a lo que respecta a enfermería, sobre todo el comprobar cómo el apegarse a los indicadores de calidad en particular al de tanto digno puede cambiar la perspectiva del usuario en cuanto a la atención que percibe ya que disminuyen las quejas del usuario al implementar nuestras estrategias.

Otro logro de esta investigación y el cual queda muy marcado es la implementación del micro – sistema de gestión de calidad, ya que se mostro a nivel institucional y al personal con conocimientos correspondiente al tema como lo es: jefa de enfermeras, supervisora de turno nocturno “b”, encargada del servicio de cirugía general y sobre todo al personal que está a cargo de el área de calidad dentro de la institución y también al personal operativo del servicio de cirugía general; al mostrárselos quedaron satisfechos con el formato y con la iniciativa de este proyecto que sin duda nos dejara ver mas aun la forma en que el usuario, considera la atención que le brindamos como personal de enfermería y que además repercute en la satisfacción o insatisfacción y por ende en la aplicación de una queja.

Los resultados que nos arroja en cuanto al último censo de quejas nos muestran que el llevar cabo las estrategias implementadas produce resultados favorables y la atención que se brinda se logra, mejorar si bien es cierto, que falta mucho por realizar, el dar continuidad a este proyecto,

establecerá la pauta para que se realice en otro servicio y posteriormente de manera general a nivel institucional.

En lo personal me siento muy satisfecho con este trabajo ya que tiene un gran potencial si se logra establecer de la manera planeada y esto será en beneficio del usuario que es lo que se busca principalmente cuanto a la atención que se brinde.

## Sugerencias

### MICRO- SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

La principal sugerencia que se implementará en este trabajo de investigación es un micro- sistema de gestión de calidad en base a la necesidad analizada en los siguientes datos de calidad del página de la secretaria de salud que nos muestra estadísticas del Hospital General de Naucalpan “Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda”

Información de unidades del Sist. Nal. de Salud durante el cuatrimestre 03 del año 2014

GLOBAL			
Global			
en: HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN, DR. MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA			
v	vp	d	aa
-	-	-	-

JURIS/DELEG				ESTATAL		NACIONAL	
Jurisdiccion	Municipio	Índice de Enfermería en Segundo Nivel					
en: JURISDICCION SANITARIA No. 12, NAUCALPAN							
v	vp	d	aa				
0.0	0.0	0.0	0.0				

### VARIABLES

del indicador Trato digno de enfermería



	v	vp	d	aa	Muestra
Porcentaje de pacientes a los cuales la enfermera(o) lo saluda en forma amable	99.8	99.6	0.1	98.5	889
Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) se presenta	95.2	96.7	-2.0	92.4	889
Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) se dirige por su nombre	96.7	97.2	-0.2	95.0	889
Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar	98.1	97.6	2.2	95.4	889
Porcentaje de pacientes que dentro de lo posible su estancia fue agradable	99.6	99.6	0.0	99.5	889
Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor	99.2	99.5	-0.2	99.4	889
Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) le hace sentirse segura(o) al atenderle	99.7	99.6	0.2	99.2	889
Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) lo trata con respeto	99.4	99.8	-0.5	99.6	889
Porcentaje de pacientes a los que la enfermera(o) le enseña al paciente o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento	96.3	97.0	-0.8	94.3	889
Porcentaje de pacientes con los que hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día	99.3	99.6	-0.3	99.6	889
Porcentaje de pacientes que se sienten satisfechos con el trato que le da la enfermera(o)	100	99.9	0.2	98.9	889

VARIABLES	INDICADORES			
del índice Índice de Enfermería en Segundo Nivel 				
	v	vp	d	aa
Trato digno de enfermería	97.5	98.4	-1.1	96.5
Ministración de medicamentos vía oral	96.0	98.0	-2.6	94.7
Prevención de Infección en Vías Urinarias	83.9	89.1	-6.3	83.8
Prevención de Caídas a Pacientes Hospitalizados	92.1	95.7	-3.8	88.3
Prevención de Úlceras por Presión	97.3	97.5	1.3	93.7
Vigilancia y Control de Venoclisis	93.5	97.0	-4.5	95.1

**K**=Información presentada en Miles  
**M**=Información presentada en Millones

Dicho sistema se conforma de la siguiente manera:

- Introducción
- Justificación
- Antecedentes relacionados con el problema
- Generalidades
- Requisitos
- Esquema
- Listado de servicio no conforme
- Política de calidad
- Medición, Análisis y Mejora
- Metodología
- Procedimientos, Técnicas e instrumentos de recolección de información
- Conformación de indicadores
- Construcción del índice
- Plan para establecer la validación de documentos
- Anexos

# **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

## **Introducción**

Una de las estrategias fundamentales del Instituto es “Proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México” por consiguiente, la satisfacción de nuestros usuarios se convirtió en una de las principales líneas de acción del Instituto. El Hospital General Naucalpan se centra en que la calidad en la atención es un compromiso de sus trabajadores como de servidores públicos, es por ello que se han adoptado esquemas de trabajo que incrementen la capacidad resolutive, logrando mejorar la oportunidad, el trato y la mejora continua de sus procesos.

En los últimos años, nuestro objetivo fue la Certificación de Calidad de los procesos, con base en la Norma ISO 9001, que se orienta a la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad que garantizan el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los derechohabientes, mejorado gradual y progresivamente, los procesos de trabajo y los servicios médicos otorgados en El Hospital General Naucalpan.

## **JUSTIFICACION**

En programa nacional de salud actual, se plantea como uno de los objetivos “prestar servicios de salud con calidad y seguridad” con el fin de responder a las expectativas de los usuarios.

Un sistema de salud ofrece un trato adecuado cuando las actividades y las relaciones institucionales se plantean considerando las legítimas expectativas de los usuarios al que dicho sistema sirve. Al realizar mejoras

en los procesos y en el trato a usuarios, se producirán mejoras en el bienestar de la población. Motivos por los cuales, la evaluación del desempeño del sistema en este indicado representa un paso indispensable para identificar aquellos dominios que funcionan de manera deficiente.

De igual forma con la evaluación de los cuatro dominios del micro sistema de calidad se podrán identificar las fortalezas y áreas de mejora del servicio de cirugía general del Hospital General de Naucalpan de forma específica, así como el grado de satisfacción de los usuarios, en cada uno de los dominios que se analizaran. Por último la información obtenida la institución podrá realizar intervenciones en áreas específicas que así lo requieran.

### **Antecedentes relacionados con el problema**

La evaluación de los sistemas de salud habitualmente se ha enfocado al estudio de estructuras, procesos y/o resultados de programas, servicios y políticas del sector. Esto ha permitido realizarla medición del cumplimiento de metas operativas, así como ponderar el impacto de dichos programas, servicios y políticas sobre determinados indicadores de salud. No obstante el logro de las metas operativas y la mejora de algunas condiciones de salud, no siempre garantiza el éxito de una iniciativa de salud o el cumplimiento de sus objetivos finales.

Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de complementar las evaluaciones ya existentes con indicadores que permitan medir el desempeño global de los sistemas, lo cual significa cuantificar el grado en que los sistemas de salud alcanzan sus objetivos finales. La organización mundial de la salud (OMS) plantea realizar la medición del desempeño de los sistemas de salud con base en los siguientes objetivos finales: 1) mejora la salud de la población; 2) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los

servicio de salud 3) garantizar seguridad financiera en materia de salud. Cada objetivo tiene definido un indicador conceptualmente relacionado con él.

## **GENERALIDADES**

Se busca a través de este sistema de gestión de calidad se busca la satisfacción del usuario por medio de tres procesos: “el de direccionamiento (proceso de gestión), el de atención de enfermería (proceso de realización) y el de Gestión y Apoyo (proceso de gestión), que a su vez se subdividen en los siguientes subprocesos:

<b>Procesos</b>	<b>Subprocesos</b>
<b>Direccionamiento (Proceso de Gestión)</b>	<b>1.- Planeación</b> <b>2.- Control</b> <b>3.- Mejora</b>
<b>Proceso de Atención de Enfermería (Proceso de Realización)</b>	<b>4.-Ingreso</b> <b>5.-cuidados e intervenciones de enfermería</b> <b>6.-mejora</b> <b>7.-Complicación</b>
<b>Gestión y apoyo (Proceso de Gestión)</b>	<b>8.- Laboratorio Clínico</b> <b>9.- Imagenología</b> <b>10.- Farmacia</b> <b>11.- Quirofano</b> <b>12.- Recursos Humanos</b> <b>13.- Enseñanza</b> <b>14.-Trabajo social</b> <b>15.-Urgencias</b>

## **REQUISITOS**

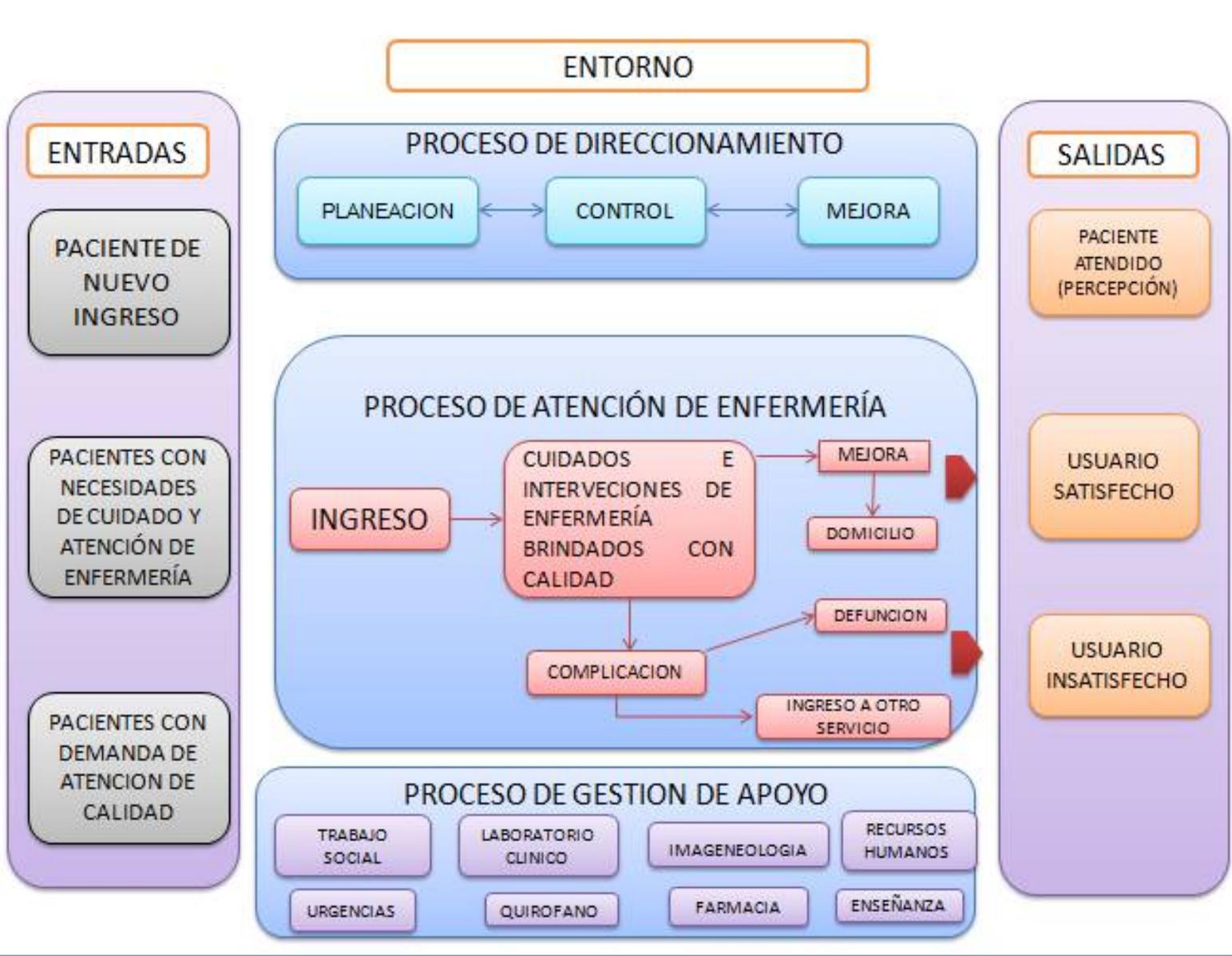
- A) La secuencia e interacción de estos procesos, constituida por elementos de entrada, actividades y salidas, en un marco o entorno

en el cual se identifican elementos que pueden alterar los resultados de los servicios proporcionados y por ende la satisfacción de los derechohabientes, entre ellos: la crisis económica; la aparición de nuevos agentes causantes de enfermedades, el enfoque de las políticas públicas y la inseguridad, entre otros.

- B) Los criterios y métodos para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces a través de los diferentes procedimientos operativos y Planes de Calidad.
- C) El aseguramiento de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos, mediante la provisión de los recursos humanos, materiales y programas de mantenimiento.
- D) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de procesos, mediante las Revisiones por la Dirección, Auditorías y el proceso de control el cual pretende garantizar el cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad en el servicio, mediante el análisis y control de la información se determinara el comportamiento de los procesos, la productividad y su evaluación, lo que permite identificar áreas de oportunidad y asegurarse, que el servicio cumplen con los requisitos mínimos de calidad, establecidos por la propia unidad.
- E) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos. Este proceso de mejora se encargará de medir de manera permanente la satisfacción de nuestros usuarios mediante encuestas llevadas a cabo de manera mensual por personal del servicio y se realizan auditorías internas con periodicidad semestral para medir el comportamiento del sistema y corregir las deficiencias encontradas.

## ESQUEMA

### SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL



## Listado de servicio no conforme

PROCESO	SUBPROCESO	SERVICIO NO CONFORME IDENTIFICADO	A PARTIR DE QUE FRECUENCIA SE DEFINIRÁ COMO SERVICIO NO CONFORME	QUE SE HACE EN CASO DE PRESENTARSE	RESPONSABLE DE ATENDERLO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES	
<b>Atención de enfermería</b>	<b>INGRESO</b>	No obtener una cama	Más del 3% de no conformidades presentadas por no obtener una cama	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se registra y se levanta un RAC cuando exceda la frecuencia</li> </ul>	Jefe de Área, Personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación de servicios no conformes</li> <li>Levantamiento de RAC</li> </ul>	
	<b>CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>	Cuidados e intervenciones de enfermería brindados sin calidad ni trato digno	Más del 5% de pacientes en 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convocar a las partes interesadas (Enfermería) a manera de recordar el objetivo del servicio</li> <li>Se registra y se levanta un RAC cuando exceda la frecuencia</li> </ul>	Jefe del servicio, encargada del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación de servicios no conformes</li> <li>Levantamiento de RAC</li> </ul>	
	<b>MEJORA</b>	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>NO APLICA</li> </ul>
	<b>COMPLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingreso a otro servicio</li> <li>Defunción</li> </ul>	Más del 20% de pacientes atendidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se registra y se levanta un RAC cuando exceda la frecuencia</li> </ul>	Enfermería, Jefe del servicio, encargada del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación de servicios no conformes</li> <li>Levantamiento de RAC</li> </ul>	

## **Política de calidad**

### **MISIÓN**

Proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud pública para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México.

### **VISIÓN**

Ser la Institución líder que proporcione servicios de Salud Pública de calidad en sus tres niveles de atención a la población en el Estado de México, fomentando la prevención y la cultura del auto cuidado, para satisfacer las demandas de la sociedad.

### **POLÍTICA DE CALIDAD**

Generar adecuadamente los instrumentos organizacionales, programáticos y presupuestales, de gestión y ejercicio de los recursos financieros y de rendición de cuentas para contribuir al funcionamiento del Hospital General de México, con base en sus atribuciones normativas y enfocadas a la mejora continua de nuestro proceso

En relación a la Política de Calidad, esta es:

- a) Adecuada a nuestra organización,
- b) Incluye el compromiso de cumplir con todos los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad,
- c) Proporciona un marco de referencia para el establecimiento de nuestros objetivos de la calidad,
- d) Es comunicada y entendida por nuestro personal

e) Es revisada en las Revisiones por el jefe de servicio con el objeto de asegurar que es acorde a nuestro Sistema.

### **MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.**

Dentro del Sistema se planifican e implementan los Procesos de Seguimiento, Medición, Análisis y Mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, así como para asegurar la conformidad y mejorar continuamente la eficacia del SGC.

El jefe inmediato evalúa los resultados de las acciones de formación o capacitación revisando el desempeño del personal mediante la observación directa en el servicio o evaluaciones por escrito, al momento de realizar la formación o durante el mes siguiente, esto con la finalidad de evaluar si las acciones fueron efectivas. Así mismo anualmente se evalúan las habilidades del personal, para esto se recurre a distintos métodos de evaluación:

Método de evaluación	Objetivo	Ejemplos de acreditación
Observación	Evaluar los atributos personales y las habilidades requeridas para cumplir con el objetivo de calidad	Nota ,oficio de evaluación de habilidades, formatos independientes, etc
Cuestionario de evaluación	Evaluar las cualidades personales, los conocimientos y habilidades Cuestionario de evaluación	Cuestionario de evaluación
Entrevista	Evaluar los atributos personales y las habilidades de comunicación, para verificar información, examinar conocimientos y para obtener mayor información	Manera oral, con breve nota de referencia de evaluación

## **METODOLOGIA**

### **UBICACIÓN DEL TEMA DEL PROYECTO DENTRO DE LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACION**

El tema del proyecto se ubica en el paradigma positivista, el cual parte del supuesto básico de que el mundo social está constituido por hechos observables, por lo tanto considera que la realidad es objetiva.

### **DISEÑO**

El presente trabajo es un estudio de enfoque cuantitativo en el cual se basa en un proceso deductivo, es particularista, objetivo y se enfoca en los resultados, se realizara una medición en un periodo de tiempo definido y descriptivo ya que solo se pretende determinar cómo es el trato que reciben los usuarios y el grado de satisfacción con respecto al trato que reciben.

### **Procedimientos técnicas e instrumentos para la recolección de la información**

#### **Procedimientos**

Con el objeto de identificar los componentes del constructo del micro sistema de gestión de calidad se efectuó una búsqueda sistematizada de literatura publicada en hemerotecas electrónicas como Scielo, Lilacs en los últimos 10 años. Las palabras claves en la búsqueda fueron satisfacción de usuarios, calidad de la atención de enfermería, y expectativas de usuarios.

Después de revisarla literatura encontrada se especificaron las variables de estudio, el nivel de medición de estas, el tipo de fuentes y las técnicas e instrumentos para la recolección de la información. Posteriormente se analizaron los diferentes instrumentos de recolección de la información de la OMS (Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de calidad, segundo nivel de atención)

## **TECNICAS**

Debido a que la obtención de la información procederá de una muestra representativa de la población en estudio el método que se utilizara será la encuesta. La información sobre los dominios del trato y el nivel de satisfacción con respecto a estos, se obtendrán directamente del usuario a través de la técnica de la entrevista. Los usuarios serán entrevistados al ser dados de alta, se les cuestionara con respecto al trato brindado por el personal de enfermería.

## **INSTRUMENTOS**

El instrumento destinado para obtener las respuestas sobre las variables de estudio es el cuestionario. Este es de tipo “administrado por el entrevistador “en donde el administrador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste.

Se puso énfasis en redactar las preguntas de manera clara, simple y comprensible para los encuestados evitando el uso de tecnicismos o palabras desconocidas, buscando que las preguntas fueran específicas y que contuvieran una sola idea , formulándolas de manera neutral para evitar interrogantes que indujeran o favorecieran las respuestas.

El cuestionario que se construyo está integrado por una portada de identificación y 19 ítems distribuidos en 4 apartados, los tipos de preguntas que se utilizaron fueron cerradas dicotómicas y de opción múltiple. Se formularon 2 datos objetivos edad y sexo.

Nombre de la sección	Contenido	Ítems
caratula	Preentacion, datos de identificación, resultado de la entrevista	No aplica
Características sociales	Edad, sexo	No aplica
Dominio de trato digno	Trato amable y respetuoso por parte de enfermería	1,2,3,4,5,6
Dominio de comunicación	Explicación del usuario a la enfermera sobre su enfermedad, explicación clara y completa de enfermería sobre el tratamiento	7,8,9,10,11,12,13
Dominio de atención pronta	Tiempo de espera para ser atendido por el prestador del servicio, satisfacción del usuario con el tiempo de espera	14,15,16,17
Dominio de confidencialidad	Privacidad en el manejo de información del paciente	18,19

### Conformación de indicadores

Para conformar este micro sistema de gestión de calidad se le asigna una determinada posición y ponderación a cada dominio. Para construir el índice primero se deben obtener los promedios de los dominios que conforman el indicador de este sistema. Posteriormente se calcula el promedio ponderado para lo cual se utilizan los pesos relativos.

Posición relativa	Componente	Ponderación (%)
1	Trato digno	40
2	Comunicación	20
3	Atención pronta	20
4	Confidencialidad	20

Variable	ítems	Codificación	Valor de ítem	Construcción de índice	Escala de medición
Trato Digno	1.- ¿El trato de la enfermera fue? 2.- ¿La forma en que se dirigió la enfermera fue? 3.- ¿La atención recibida en forma general por la enfermera fue? 4.- ¿Al realizar algún procedimiento el trato de la enfermera fue? 5.- ¿La información acerca de su estado de salud fue otorgada por la enfermera de forma?	Amable.....1 Poco amable.....2 Grosero .....3	Amable= 1 Poco amable= 0 Grosero =0	6/6*100	85-100:Exelente 70-84:Reguelar 0-69:Deficiente
	6.- ¿La privacidad en que recibió la atención de enfermería fue?	Buena .....1 Regular.....2 Mala .....3	Buena = 1 Regular= 0 Mala = 0		
Comunicación	7.-durante su revisión la enfermera le permitió hablar sobre su problema de salud de forma?	Detallada.....1 Poco detallada...2 Limitada.....3	Detallada= 1 Poco = 2 Limitada= 3	7/7*100	85-100:Exelente 70-84:Reguelar 0-69:Deficiente
	8.- ¿la enfermera le explico su problema de salud? 9.- ¿La enfermera le explico en qué consistía su tratamiento? 10.- ¿El lenguaje que utilizo la enfermera fue clara y entendible?	Si.....1 No.....2	Si= 1 No= 0		
	11.- ¿la explicación que la enfermera le dio sobre su problema de salud fue?	Clara.....1 Poco clara..... 2 Confusa.....3	Clara= 1 Poco clara= 0 Confusa= 0		
	12.- ¿El tiempo que la enfermera destino a explicarle fue?	Suficiente.....1 Regular.....2 Insuficiente.....3	Suficiente=1 Regular=0 Insuficiente=0		
	13.-en general ¿Qué tan satisfecho esta con la explicación que recibió sobre su padecimiento?	Satisfecho.....1 Poco satisfecho....2 Insatisfecho.....3	Satisfecho= 1 Poco satisfecho= 2 Insatisfecho= 3		

Variable	ítems	Codificación	Valor de ítem	Construcción de índice	Escala de medición
Atención pronta	14.- ¿El tiempo en que tardo la enfermera en presentarse después de su llegada le pareció? 15.- ¿El tiempo que tardo la enfermera en atenderla le pareció? 16.-¿El tiempo de atención por parte de la enfermera cuando usted tuvo una necesidad le pareció?	Poco tiempo.....1 Regular .....2 Mucho tiempo....3	Poco tiempo= 1 Regular = 0 Mucho tiempo= 0	4*/4*100	85-100:Exelente 70-84:Reguelar 0-69:Deficiente
	17.-¿Cuál es el grado de satisfacción con el tiempo de espera para recibir atención de enfermería ?	Satisfecho.....1 Poco satisfecho..2 Insatisfecho.....3	Satisfecho = 1 Poco satisfecho= 0 Insatisfecho= 0		
confidencialidad	18.-la enfermera hablo con usted su problema de salud sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) escucharan? 19.- ¿La información que le proporciona a la enfermera sobre su problema de salud fue manejada de forma confidencial?	Si.....1 No.....2	Si= 1 No= 0	2/2*100	85-100:Exelente 70-84:Reguelar 0-69:Deficiente

## Construcción de índice

Para construir el índice, primero se deben obtener los promedios en los dominios que conforman el indicador del micro sistema de gestión de calidad. Posteriormente se calcula el promedio ponderado por lo cual se utilizan los pesos relativos. En este servicio de cirugía general se calculan 4 dominios y se lleva a cabo dividiendo el peso relativo entre uno.

Posición relativa	Componente	Ponderación
1	Trato digno	40%
2	Comunicación	20%
3	Atención Pronta	20%
4	Confidencialidad	20%

Para la evaluación del indicador del microsistema de calidad se construyó un índice de ponderación a cada uno de los 4 dominios, se le asignó un peso y una posición relativa donde el dominio de trato digno tiene la mayor ponderación, seguido de los dominios relacionados con comunicación, atención pronta y confidencialidad.

Construcción del índice de trato digno:

$$0.40 (TD) + 0.20(COM) + 0.20(AP) + 0.20(C) = 1$$

TD= trato digno

COM=comunicación

AP=atención pronta

C=comunicación

La OMS propone una metodología para el análisis estadístico de la información que incluye:

La emisión de resultados de carácter descriptivo de los principales indicadores contenido en la base de datos

El análisis comparativo para establecer diferencias entre los resultados obtenidos de acuerdo a características de tipo social demográfico o estudios retrospectivos como en este caso se analizaran algunos resultados de tiempo atrás para buscar una mejora.

Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de escala	Tipo de fuente	Técnica e instrumento
Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratados cordialmente por todo el personal.	El trato digno será evaluado en función del trato amable por parte de enfermería durante su proceso de atención	Porcentaje de usuarios que recibieron un trato digno por parte del prestador de servicio. Expresión numérica: usuarios que recibieron un trato digno/total de usuarios entrevistados *100	Ordinal	Primaria Usuarios	Entrevista Cuestionario
Es derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considera necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento y tratamiento en forma clara para él.	La comunicación será evaluada en función de la posibilidad del usuario para hablar sobre su estado de salud : explicación de la enfermera sobre el problema de salud, cuidados y tratamiento que debe seguir, claridad en la información brindada por la enfermera	Porcentaje de usuarios que recibieron una explicación completa y clara del prestador del servicio. Expresión numérica: usuarios que recibieron una explicación completa y clara del prestador del servicio/Total de usuarios entrevistados*100	Ordinal	Primaria Usuarios	Entrevista Cuestionario
Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de esta	La atención pronta se considera con base: al tiempo que tarda en ser atendido por la enfermera el usuario	Porcentaje de usuarios que recibieron atención pronta por parte del prestador de servicio. Expresión numérica: Usuarios que recibieron atención pronta/Total de usuarios entrevistados * 100	Ordinal	Primaria Usuarios	Entrevista Cuestionario
Se refiere a que la información provista por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe protegerse y no ser difundida sin el consentimiento manifiesto del usuario	La confidencialidad implicara la posibilidad del usuario para conversar con la enfermera en privado y con el manejo confidencial de la información sobre sus condiciones de salud	Porcentaje de usuarios tratados con confidencialidad por parte del personal de salud. Expresión numérica :Usuarios que fueron tratados con confidencialidad/Tot al de usuarios entrevistados *100	Ordinal	Primaria Usuarios	Entrevista Cuestionario

## **PLAN PARA ESTABLECER LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS**

Para determinar el grado en que el instrumento realmente mide las variables que pretende medirse **establecieron la validez de contenido y la validez de apariencia.**

### **VALIDEZ DE CONTENIDO**

Para determinar el grado en que el instrumento reflejaba los conceptos a evaluar se solicito la participacion de personas expertas en el tema de investigacion, los cuales revisaron los reactivos que conformaban el cuestionario para determinar si los items incluidos representataban a cada dominio. El cuestionario fue revisado por esxpertos en el area del Hospital General de Naucalpan

### **VALIDEZ DE APARIENCIA**

Con base a las observaciones realizadas por cada uno de los expertos que revisaron el cuestionario se modifico la redaccion de los reactivos, las escalas de respuestas y se eliminaron los items que eran repetitivos . Que dando la version final de 19 items

**ANEXOS**

**Priorización de problemas en cuanto calidad**

GRADO DE PRIORIDAD	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE		
NO IMPORTANTE		

Elaboró

Revisó

# Informe de mejora

Fecha: \_\_\_\_\_

No.	Oportunidad de Mejora	Nueva Situación	Beneficios Obtenidos

Elaboró

Revisó

Informe de entrevista

Fecha: \_\_\_\_\_

No.	Oportunidad de Mejora	¿Qué situación se presentó?	¿Cómo se resolvió la situación?	Lección aprendida

Elaboró

Revisó

## Cuestionario de evaluación de calidad

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** subraye la respuesta que usted considere correcta

**1.- ¿El trato de la enfermera fue?**

- a) Amable  
Grosero
- b) Poco amable
- c)

**2.- ¿La forma en que se dirigió la enfermera fue?**

- a) Amable  
Grosero
- b) Poco amable
- c)

**3.- ¿La atención recibida en forma general por la enfermera fue?**

- a) Amable  
Grosero
- b) Poco amable
- c)

**4.- ¿Al realizar algún procedimiento el trato de la enfermera fue?**

- a) Amable  
Grosero
- b) Poco amable
- c)

**5.- ¿La información acerca de su estado de salud fue otorgada por la enfermera de forma?**

- a) Amable  
Grosero
- b) Poco amable
- c)

**6.- ¿La privacidad en que recibió la atención de enfermería fue:**

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

**7.- ¿Durante su revisión la enfermera le permitió hablar sobre su problema de salud de forma?**

- a) Detallada  
Limitada
- b) Poco detallada
- c)



a) Satisfecho

b) Poco satisfecho

c) Insatisfecho

**18.-la enfermera hablo con usted su problema de salud sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) escucharan?**

a) Si

b) No

**19.- ¿La información que le proporciona a la enfermera sobre su problema de salud fue manejada de forma confidencial?**

a) Si

b) No

**CAPÍTULO VI**

**GLOSARIO**

**Y**

**BIBLIOGRAFÍA**

# BIBLIOGRAFÍA

Aguirre-Gas H, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Fajardo-Dolci GE. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Rev CONAMED. 2008; 13(2):5-16.

Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio JA, Fajardo-Dolci GE. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir Ciruj. 2010; 78:456-62.

CONAMED. Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud. 3ª ed. México: CONAMED; 2011.

CONAMED. Procedimiento de Atención de Inconformidades vía arbitraje DGAP-7.5.1-05. México: CONAMED.

Definición formulada para efectos del Proyecto de Ley sobre Controversias Derivadas de la Atención Médica (presentado en el Palacio Legislativo de San Lázaro; 11 de octubre de 2011).

Diccionario del Español de México. México: El Colegio de México, A. C. [Acceso: 10-04-2012.] Disponible en: <http://dem.colmex.mx/deum.aspx>

Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Edit. La Prensa Médica Mexicana; 1991

Enciclopedia Jurídica Mexicana. México: Porrúa; 2002. ISBN 970-07-3339 al 3344.

Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F. El arbitraje médico en México a través de sus Comisiones: 15 años de experiencia. México: SS; 2011. p. 359.

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), Campus Estado de México. Referencia jurídica. [Acceso: 15-04-2012.]

Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/derecho/referencia/diccionario/bodies/a.htm>

ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005.

Modelo de Calidad INTRAGOB. México: Gobierno Federal; 2006, p. 31. [Acceso: 10-06-2012.] Disponible en: [http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/redRH/capacidades/Modelo\\_Intragob.pdf](http://www.spc.gob.mx/materialDeApoyo/redRH/capacidades/Modelo_Intragob.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Ginebra, Suiza: OMS; 2009 Ene.

Pina-Vara R. Diccionario de Derecho. 33ª ed. México: Porrúa; 2004. p. 100. [Acceso: 10-06-2012.] Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/derecho/referencia/diccionario/bodies/a.htm>.

Presidencia de la República. Reglamento Interno del Instituto Mexicano del Seguro Social. DOF, 18 de septiembre de 2006.

Propuesta de la Dirección de Calidad/CONAMED.

Poder Ejecutivo Federal/Presidencia de la República. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF, 29 de diciembre de 1976 (última reforma: 17 de junio de 2009)

Puentes-Rosas M, Ruelas E, Martínez-Monroy T, GarridoLatorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública Mex 2005; 4 supl 1:S12-S21

Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM). Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal.

México: Presidencia de la República. DOF, 31 de julio de 2002. [Acceso: 23-06-2012.] Disponible en: <http://www.normateca.gob>.

Secretaría de Salud Federal (SS). Manual de operación para archivos administrativos. México: SS.

Taber CW, Thomas CL. Taber's diccionario médico enciclopédico. México: El Manual Moderno; 1997. p. 233

Torres C. Filosofía de Servicio en Salud. Construyéndola desde lo cotidiano. Centro Editorial de Catorse, 2004.

UNESCO. 69 ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005.

## GLOSARIO

**Ámbito:** es un término utilizado para referirse a un perímetro o espacio determinado

**Calidad de la atención:** el grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Las dimensiones del desempeño incluyen lo siguiente: cuestiones de perspectiva del paciente, seguridad del entorno de atención, y accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención

**Estándar:** una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.

**Evento centinela:** un suceso imprevisto que implica la muerte, una pérdida permanente grave de una función o una cirugía incorrecta.

**Factibilidad:** se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas. Generalmente la factibilidad se determina sobre un proyecto.

**Magnitud física:** es una propiedad o cualidad medible de un sistema físico, es decir, a la que se le pueden asignar distintos valores como resultado de una medición o una relación de medidas.

**Multidisciplinario:** que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

**Organigrama:** representación gráfica de cargos y relaciones de subordinación en una organización, a veces denominada “diagrama organizativo” o “tabla del establecimiento”.

**Paciente:** persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

**Personal:** según sea adecuado a sus roles y responsabilidades, todas las personas que brindan atención, tratamiento y servicios en el hospital (por ej., el personal médico y el de enfermería), incluidos los asalariados (por ej, personal permanente, temporal y de medio tiempo, al igual que empleados contratados), los voluntarios y los estudiantes de profesiones sanitarias.

**Trascendencia:** se refiere a ir más allá de algún límite o superar las restricciones de un determinado ámbito

**Vulnerabilidad:** puede definirse como la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> CONAMED. Glosario de términos más usados en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México: CONAMED (Documento de circulación interna)

# **CAPÍTULO VII**

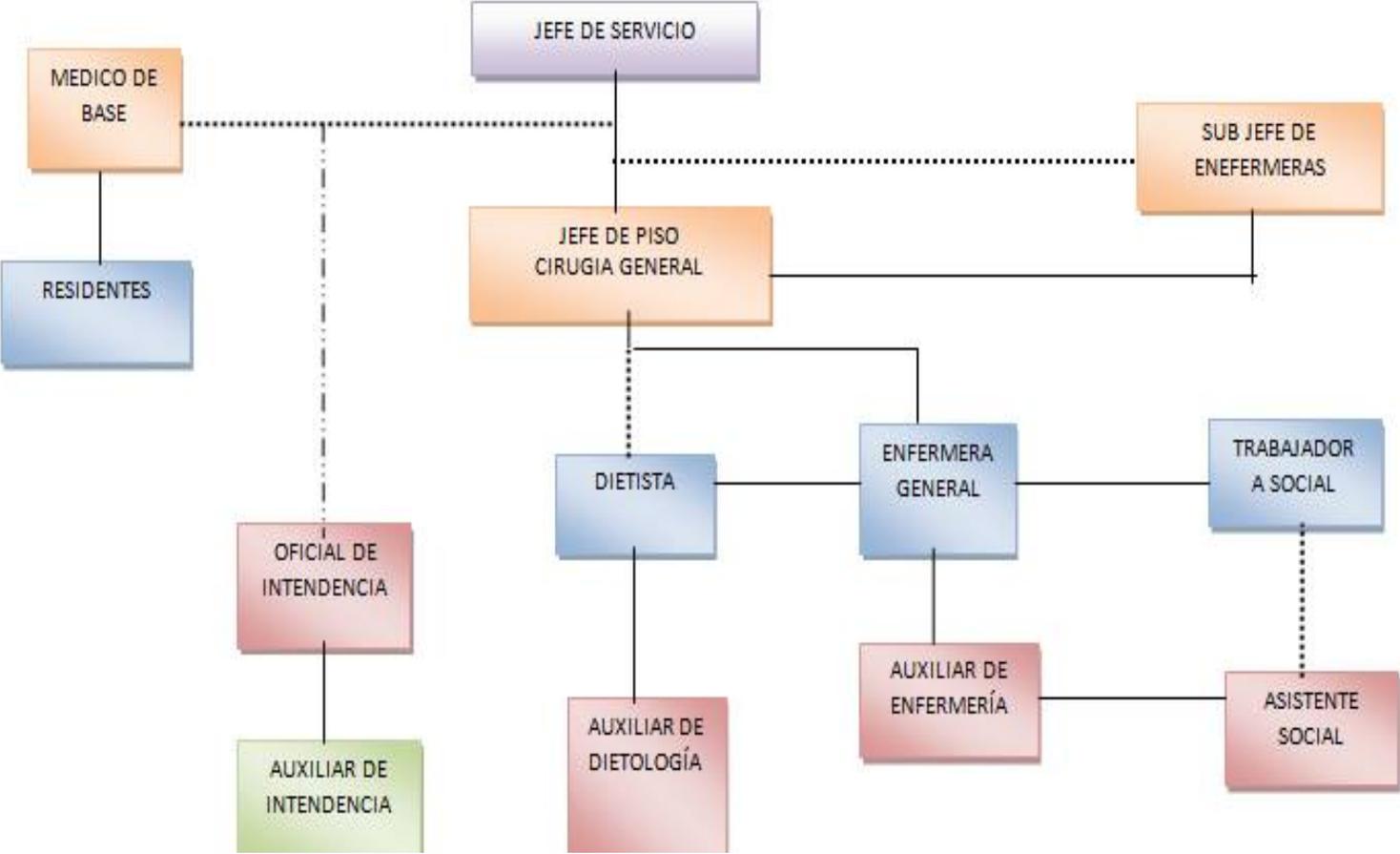
## **ANEXOS**

## **Cronograma de actividades de enfermería del servicio de cirugía general**

 <b>Llegada al servicio</b>
 Lavado de manos
 Recepción de servicio (pacientes, material, carro rojo)
 Realizar lista de dietas
 Asignación de pacientes por enfermera
 Preparación de mesa trabajo
 Lavado de manos
 Valoración de paciente
 Toma de signos vitales de las 21 hr
 Lavado de manos
 Preparación de medicamentos y soluciones
 Administración de medicamentos de las 22 o 24 hrs
 Realizar notas de enfermería
 Actualización de kardex
 Realizar pendientes de enfermería y del servicio
 Toma de signos vitales de las 01 am
 Lavado de manos
 Preparación de medicamentos de las 02 am
 Administración de medicamentos de las 02 am
 Realizar pendientes
 Toma de signos vitales de las 5 am
 Lavado de manos
 Preparación de medicamentos de las 06 am

 Administración de medicamentos de las 06 am
 Vaciamiento de drenes si procede
 Realizar control y balance de líquidos
 Cierre de hoja de enfermería
 Entrega de pacientes
 Realizar pendientes si procede
 Entrega de servicio

**ORGANIGRAMA DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**



### TRABAJO EN EQUIPO

La Enfermera Jefe de Piso o la coordinadora realizan la distribución equitativa del número total de pacientes entre los equipos formados.

Las intervenciones de enfermería que realizan son coordinadas por la E.G. o E.A.

Aplican el proceso cuidado enfermero de manera individualizada considerando las condiciones generales de cada paciente, diagnóstico, nivel de autosuficiencia y terapéutica médica indicada.

Proporcionan cuidados asistenciales en la alimentación, higiene y eliminación del paciente.

Las acciones de enfermería y la evolución del paciente las registra la enfermera general en los formatos institucionales.

SERVICIO DE  
CIRUGIA  
GENERAL

### CUIDADO INTEGRAL

La Enfermera Jefe de Piso o la coordinadora realizan la distribución equitativa del número total de pacientes.

Asigna a cada enfermera (E. G o E. A) y que se presentan a laborar en el servicio un número de pacientes considerando la

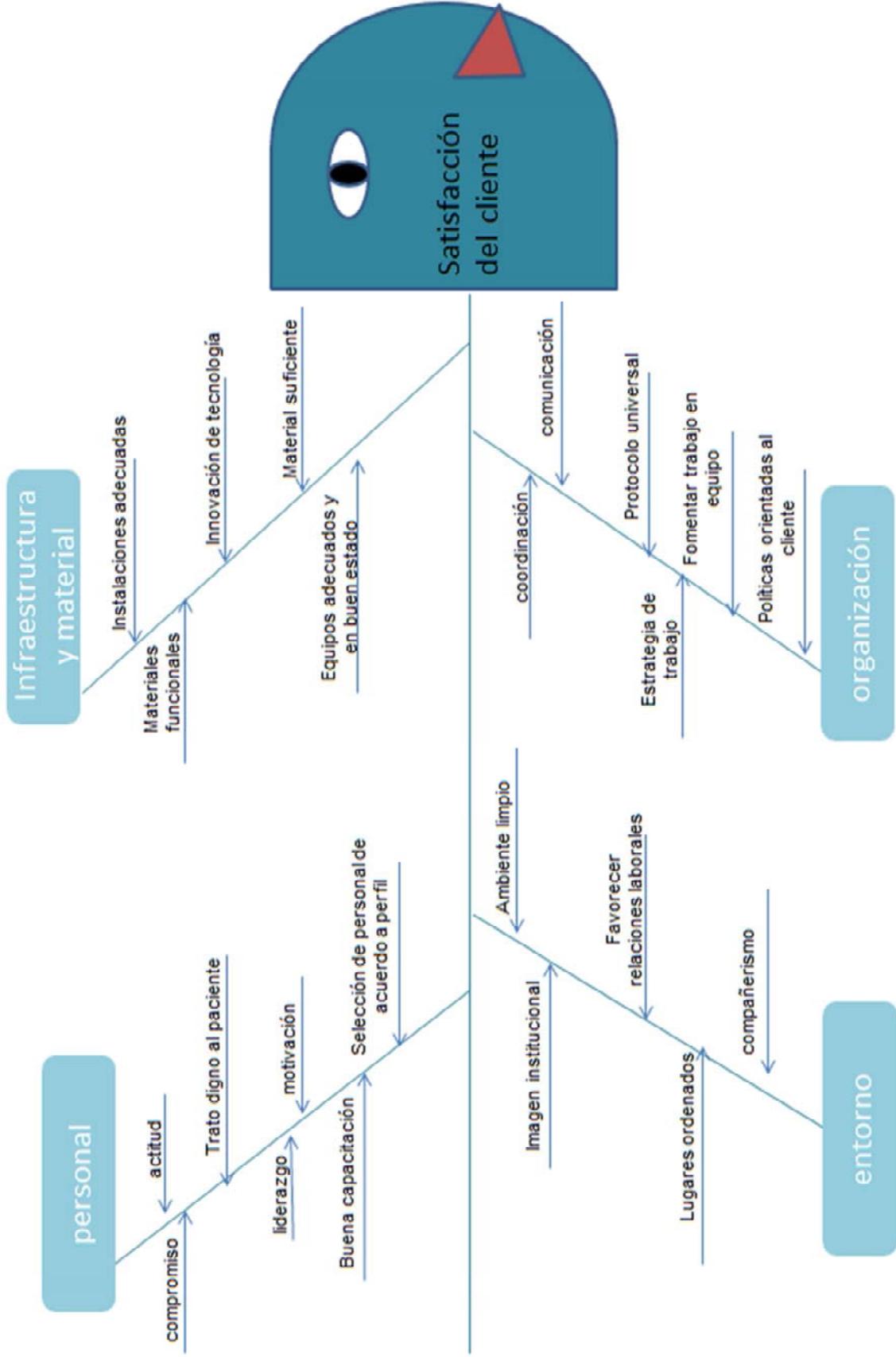
complejidad de los mismos.

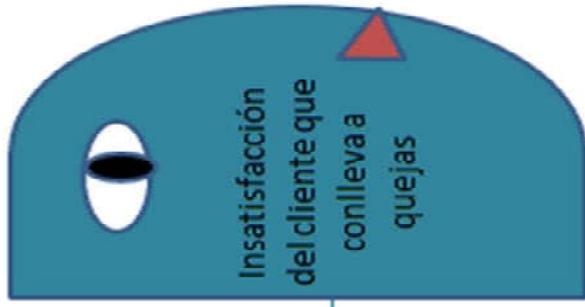
La enfermera responsable aplica el proceso cuidado enfermero a los pacientes asignados de manera individualizada considerando las condiciones generales del

paciente, diagnóstico, nivel de autosuficiencia y terapéutica médica indicada.

Cada Enfermera proporciona cuidados asistenciales en la alimentación, higiene y eliminación del paciente.

Las aplicaciones de enfermería y la evolución de los pacientes las registra en los formatos institucionales.

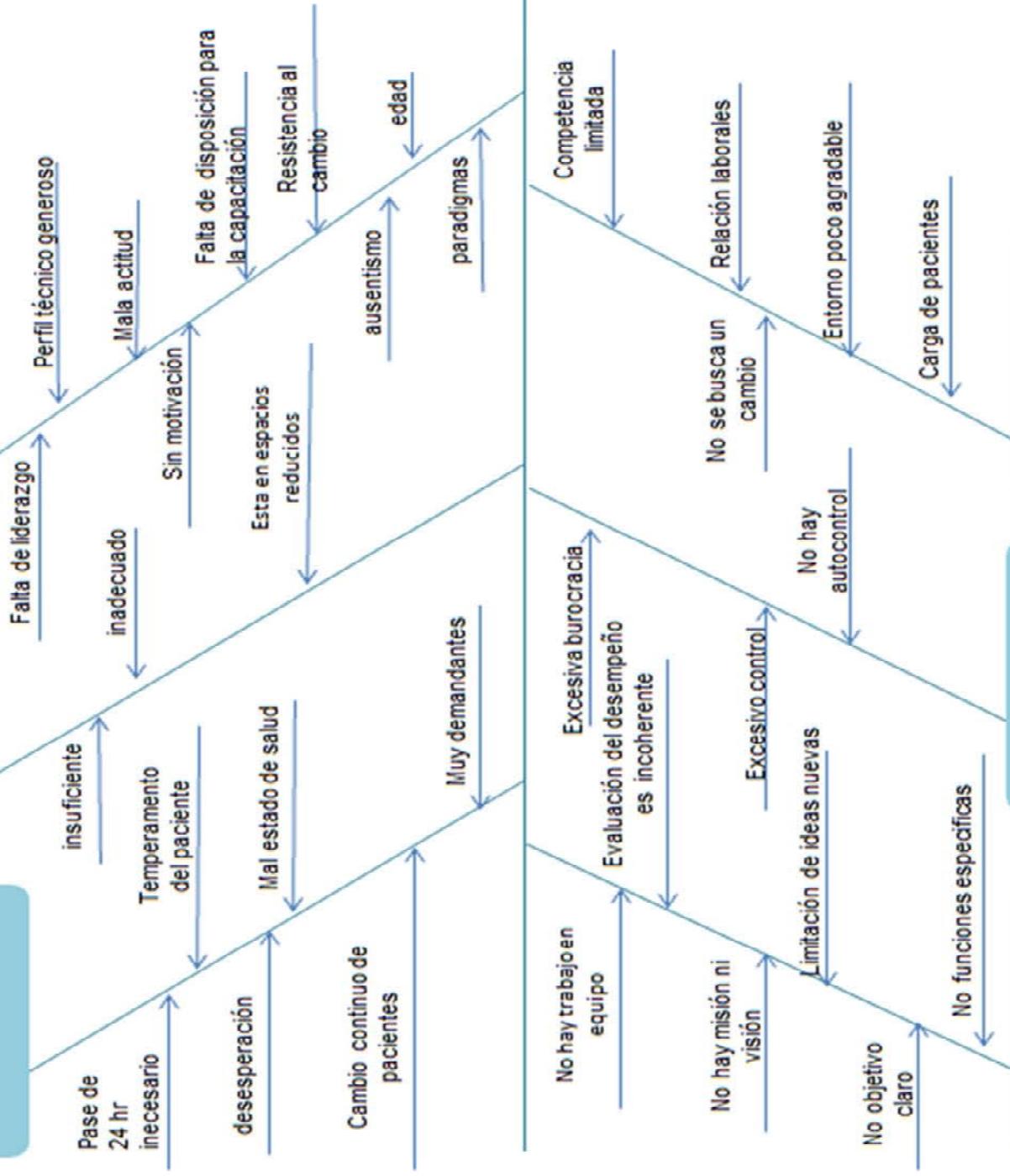




personal

material

cliente



CAMILLERO	USUARIO	ENFERMERA/O	MEDICO
-----------	---------	-------------	--------

