

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA

UNIDAD SEDE DE MEDICINA FAMILIAR No. 53
GUADALAJARA, JALISCO

“LA SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE
ANTE EL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE
LA U.M.F. No. 171.”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

IMELDA NUÑEZ VARGAS

GUADALAJARA, JALISCO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

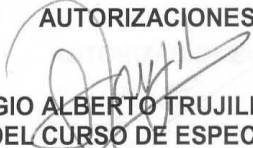
LA SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE ANTE EL USO DEL SERVICIO
"LA SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE ANTE EL USO
DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA U.M.F. No. 171."


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

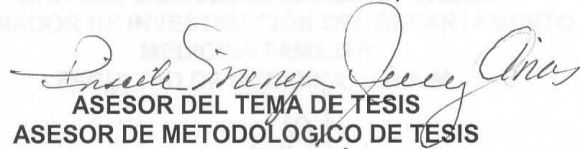
PRESENTA

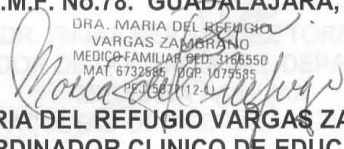
IMELDA NUÑEZ VARGAS

AUTORIZACIONES


DR. SERGIO ALBERTO TRUJILLO ALVAREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
U.M.F. No. 34. GUADALAJARA, JALISCO.


ASESOR DE METODOLOGICO DE TESIS
DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV. MEDICA
EN LA U.M.F. No.78 GUADALAJARA, JALISCO.


ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ASESOR DE METODOLOGICO DE TESIS
DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV. MEDICA
EN LA U.M.F. No.78. GUADALAJARA, JALISCO.


DRA. MARIA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO.
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV.
MÉDICA U.M.F. No. 53. GUADALAJARA, JALISCO.

GUADALAJARA, JALISCO
2008

**LA SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE ANTE EL USO DEL SERVICIO
DE URGENCIAS DE LA UMF No. 171**

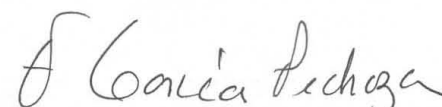
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA

IMELDA NUÑEZ VARGAS

AUTORIZACIONES


**DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

GUADALAJARA, JAL

2008

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INDICE GENERAL.

TITULO DE LA TESIS.....	1
INDICE.....	4
INTRODUCCION	5
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACION	17
OBJETIVOS	18
- GENERAL	
- ESPECIFICO	
METODOLOGÍA	20
- TIPO DE ESTUDIO	
- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACIÓN..	
- VARIABLES DE ESTUDIO	
- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	
- PROCEDIMIENTOS	
- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
RESULTADOS.....	23
- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS	32
- CONSENTIMIENTO INFORMADO(ANEXO 1)	
- CUESTIONARIO (ANEXO2)	

INTRODUCCION

El 31 de diciembre de 1940 por decreto presidencial se reformó la Ley de Secretarías y departamentos de Estado, creándose La Secretaría de Trabajo y Previsión Social, donde se empezaría a gestar como práctica la seguridad social, contemplándose en dicho proceso a los servicios médicos. El día 10 de enero de 1943 se publicó La Ley del Seguro Social, los beneficiarios eran básicamente los empleados asalariados del sector privado y sus familiares, sus acciones se orientaban a otorgar servicios en caso de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada,¹ desde el surgimiento del sistema médico familiar, se generaron las primeras bases de la organización y funcionamiento tanto del sistema como del servicio de urgencias.² A través del tiempo, la organización y ubicación de estos servicios sufrieron constantes modificaciones de acuerdo con su apertura o no en las unidades de medicina familiar. En 1989 se contempló la implementación progresiva de los servicios de urgencia en los lugares del primer nivel de atención, situación que subsiste hasta el momento.³

Para cumplir con su labor, una institución de salud como el IMSS deberá otorgar atención con los mejores atributos y dirigida a satisfacer las necesidades de salud y las demandas de atención médica de la población derechohabiente.⁴ Para ello, hay que otorgar atención oportuna al usuario, o sea, en el momento en que el paciente lo requiera, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario (incluye la accesibilidad a los servicios, oportunidad para la atención, amabilidad en el trato, proceso de la atención realizado sin obstáculos, suficiente personal de salud debidamente capacitado, disponibilidad de equipo, material y medicamentos que se requieran ; solución del problema de salud, e información suficiente y oportuna), así como las expectativas del prestador de servicios y de la institución.⁵

En el ejercicio de la medicina existen dos importantes retos tecnológicos a vencer en el presente siglo: Reto 1. Cuantitativo= suficiencia. Propiciar la integración nacional de los servicios de salud para garantizar la cobertura y acceso de toda la población a los máximos avances científicos y tecnológicos. Reto 2. Cualitativo=calidad. Brindar un trato humanista y respetuoso del individuo, preservar los valores fundamentales de la medicina y otorgar el máximo beneficio con el menos riesgo y costo.⁶

En la actualidad, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado ya diversas acciones. Evaluar la calidad de la atención desde las perspectivas del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se

adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.⁷

Con la finalidad de mejorar la atención al derechohabiente en los servicios de urgencias de hospitales y clínicas de medicina familiar, a finales de 1996 a la fecha en la Delegación Jalisco del IMSS se instala un sistema de trabajo basado en estrategias de un modelo de atención con clasificación de prioridades, (TRIAGE)⁸ del cuál se han obtenido resultados favorables en la mejora de la calidad de la atención y la satisfacción del usuario.⁹ _

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social en sus lineamientos estratégicos 1996-2000, ha señalado la necesidad de adecuar, mejorar y modernizar el otorgamiento de los servicios a nuestra población derechohabiente, mediante la cultura de la calidad al usuario, al prestador del servicio y a la atención oportuna y eficiente en el proceso de la atención médica, siendo humanista para lograr la satisfacción del derechohabiente y su familia. Esto fortalecido a través del proceso educativo con programas de capacitación al personal operativo del servicio de urgencias y al derechohabiente en general, obteniendo un máximo beneficio a la atención y al cumplimiento de las necesidades y expectativas de estos. La comunicación, coordinación, actitud positiva y propositiva del personal, la participación interarmónica del paciente, su familia y el personal, son trascendentes para lograr los objetivos de este proceso; otorgar atención médica con oportunidad, con congruencia clínica, diagnóstica y terapéutica y lograr la satisfacción del usuario en el 100% de las atenciones otorgadas.

El proceso de atención en los servicios de urgencias de la institución en general por lo que no es la excepción la U.M.F. No.171 se apega al lineamiento normativo general del proceso de urgencias de medicina familiar, donde se describe que la primera fase de ingreso a este proceso esta bajo la selección médica inicial del paciente y el establecimiento de prioridades de atención (TRIAGE). Otorgar la atención médica y estabilizar al paciente en una urgencia calificada sea o no derechohabiente. En caso de tratarse de un padecimiento de baja complejidad y que no constituya una urgencia oriente e informe al paciente o acompañante para que acuda a recibir atención médica con su médico familiar para continuar el otorgamiento de la atención.

Hay que valorar si tiene la información adecuada para la solicitud de atención en el servicio de urgencias y en el de consulta externa de medicina familiar, lo cuál contribuirá a elevar la calidad de la atención médica al usuario

Aplicando este proceso de atención, necesitamos preguntarnos:

¿Cuál es la calidad y la satisfacción del derechohabiente ante la atención médica en el servicio de urgencias de la U.M.F. No. 171?

MARCO TEORICO

La Dirección General del Instituto Mexicano del Seguro Social en sus Lineamientos Estratégicos 1996-2000, ha señalado la necesidad de adecuar, mejorar y modernizar el otorgamiento de los servicios a nuestra población derechohabiente, mediante el fortalecimiento de la cultura de la calidad dirigida al usuario, al prestador del servicio y a la atención oportuna y eficiente en el proceso de la atención médica.¹⁰

El fortalecimiento de los servicios de Urgencias de Medicina Familiar adquiere trascendencia operativa, ya que su capacidad de respuesta oportuna y adecuada está vinculada al apoyo eficiente de los otros procesos que se desarrollan en forma simultánea o consecutiva y que son interdependientes.

Los servicios de urgencia han llegado a ser en la actualidad los que primero contactan los pacientes con enfermedad aguda, urgencia o emergencia, por lo que son considerados un eslabón fundamental de los sistemas de salud.¹¹

Donabedian dio a conocer en 1966 una división clásica de los indicadores que se deben utilizar para medir el nivel de la calidad de la asistencia médica; para ello los clasificó en indicadores de estructura, *indicadores de estructura, indicadores de proceso, indicadores de resultado*¹² Los de estructura son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención. Los de proceso se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y a la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, las habilidades, la destreza y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por si mismos. Los de resultado son los referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida, la cual otorga a esto último una importancia mayor, dado por la necesidad cada vez más creciente de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.¹¹

Este enfoque está contenido en el documento "Evaluación de la calidad de la atención médica del IMSS", editado por la Subdirección General Médica en junio de 1987, donde se hace una revisión de las aportaciones más importantes hasta la fecha en dicha institución.¹³

En México la evaluación de la calidad de los servicios de salud se inició en la década de los ochenta, a partir de la introducción del concepto de garantía de la calidad.¹⁴

La evaluación de la calidad de los servicios del primer nivel de atención y la satisfacción de los usuarios es estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar su planeación, diseño y organización.¹⁴

Al integrar los conceptos de "objetivo de la atención" con el de "calidad de la atención", podemos establecer en forma precisa, en términos absolutos, los límites entre los diferentes grados de calidad:

1. Suficiente. Logro del objetivo de la atención médica como consecuencia de la integración de dos elementos esenciales:

a) Un proceso de atención realizado conforme a las normas institucionales, conocimientos y tecnología médicas vigentes, congruente con la complejidad del problema de salud.

b) La oportuna realización de este proceso que permita conseguir la solución integral del problema, el máximo factible de mejoría y la ausencia de secuelas o complicaciones sobre la premisa de un proceso bien llevado a cabo.

2. Insuficiente. Logro incompleto o nulo del objetivo de la atención médica, como resultado de la combinación de fallas que impiden alcanzar un mínimo indispensable de calidad:

a) El proceso de atención fue otorgado en forma inadecuada por desconocimiento o aplicación incorrecta de normas y conocimientos vigentes de la medicina, o utilización inadecuada o carencia de la tecnología requerida para la atención del problema de salud.

b) Realización correcta del proceso, pero fuera del momento oportuno para llevarlo a cabo, con logro parcial del objetivo o presencia de secuelas o complicaciones.

3. Excelente. Logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado, en un ambiente confortable, con trato personalizado y amable, con una comunicación abierta con el paciente que conduzcan a su satisfacción plena por los servicios recibidos.

4. No realizado. La omisión en el otorgamiento de la atención médica por carencia absoluta de oportunidad o por no haberse llevado a cabo el proceso de la atención por diversas causas.

5. Inadecuado. La realización incorrecta de la atención médica por un proceso de atención llevado a cabo con ignorancia o aplicación deficiente de normas, conocimientos o tecnología vigentes, que conduzcan a resultados negativos con daño al paciente por complicaciones, secuelas o inclusive defunción.

Resumiendo los cinco puntos anteriores y agrupando las calificaciones en una escala descendente, el sistema de calificación propuesto incluye los siguientes rubros:

E Excelente
S Suficiente
I Insuficiente
N No realizado
I Inadecuado

Las acciones definidas en el Plan integral de Calidad como estrategia para mejorar los servicios, así como la Mejora Continua en Unidades Médicas, propiciarán la mejora integral del proceso de atención médica en Urgencias de Medicina Familiar, la satisfacción del paciente y del prestador de servicio.¹⁰

La mejora del proceso de Urgencias en Medicina familiar, debe interpretarse como una parte de la mejora integral del sistema de la atención médica y no puede estar desvinculada de los demás procesos con los que se relaciona.¹⁰

La satisfacción del paciente constituye un elemento particularmente importante. En primer lugar es un resultado de valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover. En segundo lugar, la satisfacción contribuye a la calidad de la atención porque es más probable que el paciente participe en ella de una manera más efectiva. En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.¹⁵

Un estudio de la calidad de la atención médica en medicina familiar que se llevó a cabo en 22 unidades de atención médica del IMSS, en pacientes adscritos se observó una relación directamente proporcional en cuanto al grado académico y la satisfacción recibida por el usuario, es decir, cuanto mayor fue el grado académico mayor fue la satisfacción del usuario. Sí no se establecen urgentemente indicadores de control de calidad adecuados o adaptados a las diferentes circunstancias en hospitales y clínicas de primer nivel de atención – incluyendo la educación continua – en un futuro cercano, nos enfrentaremos a una realidad vulnerable a las demandas legales por negligencia médica.¹⁶

En la Ciudad de La Habana se llevó a cabo este estudio, conjuntamente con la Dirección Municipal de Salud y con él se pretendió responder a la siguiente interrogante: ¿cómo se comportan los elementos de la estructura, del proceso y del resultado en el servicio brindado por los policlínicos principales de urgencia "Santos Suárez" y "30 de noviembre" del municipio 10 de octubre?¹¹

Para ello se estableció el objetivo de evaluar el comportamiento de algunos elementos de la estructura, del proceso y de la resolutivez de la atención médica brindada en los PPU del municipio 10 de octubre.¹¹

Los elementos que se debían tomar en cuenta dentro de los indicadores antes mencionados, según los expertos, fueron los siguientes: conocimiento de

la existencia del PPU (el servicio) por el usuario externo y el ambiente físico referido a la higiene, orden y confort del servicio (estructura); tiempo de espera para ser atendido (contempla antes de los 15 min como mínimo hasta más de 30 min); interrogatorio por parte del médico; realización del examen físico; cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de enfermería; tiempo de espera para realizarse los complementarios (contempla antes de 30 min como mínimo hasta su no indicación); tiempo de espera para ser visto por interconsulta (contempla antes de los 10 min como mínimo hasta más de 20 min); reconsulta médica y claridad de la información brindada por el médico sobre la enfermedad (proceso); resolutivez del problema (resultado).¹¹

Se realizó otro estudio transversal para identificar la satisfacción de los pacientes con la atención médica brindada en los Policlínicos Principales de Urgencia (PPU) del municipio 10 de Octubre de La Habana Cuba, La satisfacción encontrada es menor que la esperada. La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.⁶ En la solución del problema que llevó a la solicitud de estos servicios se encontraron 279 (85 %) pacientes. Los motivos explorados fueron los siguientes: traslado al hospital, falta de medicamentos en la farmacia, no complacencia con la atención del médico y otras causas.¹⁷

El nivel de expectativas en cuanto a la resolutivez del problema tiene una gran influencia en la satisfacción del paciente. La causa fundamental que ellos identifican en la no resolutivez del problema es la falta de medicamentos en la farmacia con un 34,7 %. Aun cuando se conoce la situación existente con la distribución de los medicamentos, hay factores de organización y control que pueden estar influyendo, ya que este servicio cuenta con un *stock* de fármacos que debe utilizarse según las necesidades de los pacientes y para el cual el PPU debe establecer sus máximos y mínimos.¹⁷

Según la percepción de los pacientes encuestados, más del 50 % está satisfecho con la higiene, el orden y el *confort* presentes en estos servicios; sin embargo, debe destacarse que 43,3 % pacientes percibieron insatisfacciones. Este elemento influye en la calidad de la atención médica, con independencia de que históricamente los pacientes han detectado la necesidad del mejoramiento de las condiciones higiénicas y de ambientación de las unidades.¹⁸

En el Distrito Federal se realizó un estudio sobre satisfacción de los trabajadores que acudieron a los servicios de salud en el trabajo del IMSS, se encontró que el 51% mostro satisfacción por el servicio y sus expectativas en relación por la calidad fueron la atención del tramite solicitado en 64%, trato amable en 24% y disminución en el tiempo de espera en 13%, el tiempo de espera considerado como óptimo por los trabajadores fue menos de 30 minutos,¹⁴

Existe un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica En México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y de responsabilidad social y de integridad moral.¹⁸

Para otorgar servicios de Urgencias a la población, el IMSS cuenta con distribución por nivel de atención es de: 73 (7.70%) en el tercero, 482 (50.84%) en el segundo y 393 (41.45) en el primer nivel.¹⁹

En un gran número de unidades de medicina familiar no existen servicios de Urgencias que permitan incrementar su capacidad resolutive.¹⁹

En este proceso la atención al paciente tiene como base los documentos normativos vigentes emitidos por las diferentes direcciones del Instituto, la Ley General de Salud y la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas.

MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.²⁰

ARTICULO 4o. - Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

LEY GENERAL DE SALUD.²¹

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

ARTICULO 55. - Las personas o instituciones publicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o de que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidaran por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a las instituciones de salud.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCIÓN.²²

ARTICULO 71. - Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención medica para el internamiento de enfermos están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

ARTICULO 73. - El responsable del servicio de urgencias esta obligado a tomar todas las medidas necesarias que aseguren la valoración medica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser trasladado.

LEY DEL SEGURO SOCIAL PARA EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.²³

ARTICULO 5. - El instituto otorgara atención medica de urgencia al derechohabiente, independientemente de la unidad medica de adscripción que le corresponda..

ARTICULO 43. - El medico tratante atendiendo a la índole de la enfermedad podrá enviar al paciente al servicio de urgencias que corresponda, para su atención inmediata.

ARTICULO 59. - En los casos de urgencia y cuando la naturaleza de la enfermedad lo justifique, sé prescindirá de solicitar el consentimiento para la hospitalización del enfermo.

ARTICULO 64. - Cuando fuere necesario el tratamiento quirúrgico, se requerirá el consentimiento previo y por escrito en el formato establecido, del paciente, siempre que este capacitado para otorgarlo, o de su familiar o representante legal cuando el enfermo no pueda hacerlo, salvo que se trate de casos de urgencia.

ARTICULO 65. - las unidades medicas institucionales en los casos en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar PROBLEMAS DE SALUD AGUDOS deberán proporcionarle atención medica inmediata.

LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS EN LA DELEGACIÓN JALISCO

De finales de 1996 a la fecha en la delegación Jalisco del IMSS, se ha instrumentado un sistema de trabajo, basado en dichas estrategias, con la puesta en practica de un modelo de atención con clasificación de prioridades, (triage), pero de manera abierta, sin consultorios, con un equipo de salud integrado por un medico quien recibe directamente al derechohabiente que solicita atención urgente, con el apoyo de una enfermera y un asistente medica, llevando a cabo sus funciones en un modulo que hemos llamado de recepción - clasificación, que se localiza en la sala de espera, cercano a la puerta acceso al servicio.

Como un intento de unificar los criterios de evaluación del riesgo o grado de enfermedad se propone esta escala Delegacional de TRIAGE,⁸ estableciéndose cinco grados de riesgo como son:

ESCALA DE TRIAGE DEL REINO UNIDO.

GRADO	SEVERIDAD	TIEMPO PARA OTORGAR ATENCION
1	MANIOBRAS R.C.P.	INMEDIATA
2	EMERGENCIA	ANTES DE 10 MIN.
3	URGENTE	ANTES DE 30 MIN.
4	SEMI URGENTE	ANTES DE 1 HORA
5	NO URGENTE	ANTES DE 2 HORAS.

La función sustantiva de los servicios de atención medico-quirúrgica de urgencias es la preservación de la vida y la estabilización orgánica y funcional.

. La atención medica se otorgara en base al sistema de clasificación de prioridades, (triage) .

. Se dará trato oportuno, cálido y respetuoso al enfermo, a sus familiares o a su representante legal, durante el curso del proceso de la atención medica urgente, y se les mantendrá debidamente informados de la evolución del problema de salud.

(Artículo 29 reglamento de Prestaciones Medicas de la Ley General de Salud)

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN⁹

PRIMER CONTACTO, RECEPCION Y CLASIFICACION.

DEFINICION

Área del servicio para la recepción y clasificación de los pacientes de acuerdo a la gravedad del daño, determinando la prioridad y el lugar de atención.

RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCION
MEDICO	1	Recibe al usuario, lo interroga y lo clasifica: URGENCIA REAL: lo acompaña junto con la enfermera, al área adecuada. URGENCIA SENTIDA: continúa con el proceso de atención.
ASISTENTE MEDICO SOCIAL	2 3 4	Elabora ficha de identificación en formato establecido, (URG./R .)o URG./S.), certifica identificación del usuario y verifica vigencia de derechos. En caso de no ser derechohabiente le informa sobre procedimientos de recuperación del gasto por la atención que va a recibir. Registra datos en formato 4 30 29
PERSONAL ENFERMERIA DE	5 6 7	Realiza preparación física y psicológica. Toma los signos y constantes vitales y los registra en el formato indicado. (Urg./R.) o Urg./S.). Colabora con el médico en la metodología clínico diagnóstico terapéutica adecuada.
MEDICO	8 9 10	Realiza exploración física completa. Llena formato Urg. /R. o Urg./S. Y registra actividades en 4 30 6. Deriva, informa y orienta al paciente y sus familiares sobre el diagnóstico, tratamiento y la continuación del mismo en otra área, servicio o unidad. Entrega copia del formato Urg./S. para información del médico familiar y el original para el surtido de medicamentos en la CEUCONDI.
PERSONAL ENFERMERIA DE	11 12	Registra actividades realizadas. Orienta y acompaña al área de derivación al paciente con urgencia real.
ASISTENTE MEDICA	13	Registra el alta en el formato 4 30 29.

ENFERMERA DE CENDIS	14	Entrega los medicamentos al paciente según estén indicados en el formato Urg/S.
PERSONAL DE VIGILANCIA	15	Con amabilidad y buen trato orienta, y controla el acceso de los usuarios del servicio.
JEFE DEL SERVICIO	16	Analiza diariamente la prescripción razonada de bienes terapéuticos.

El hablar de satisfacción, es entrar en el ámbito de la subjetividad del paciente, ya que durante la atención no sólo se realizan técnicas y procedimientos, sino que además se establecen relaciones interpersonales, sobre todo en aquellos de características semejantes.²⁴

Con el propósito de fortalecer y mejorar las prestaciones del servicio que se otorga a los derechohabientes, en el proceso de urgencias en las unidades de medicina familiar, y para que ésta sea de calidad, se requiere contar con una normatividad moderna que incluya elementos de calidad.⁹

Los estudios realizados con usuarios de las instituciones de salud han puesto en evidencia la gran variedad de opiniones respecto a la calidad y la satisfacción por los servicios recibidos.²⁵

Diversos autores señalan que la opinión individual acerca de los servicios de salud depende de varios factores, entre los que destacan las características de los servicios recibidos.²⁶

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR LA SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE ANTE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA U.M.F. NO. 171.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las causas de solicitud más comunes de consulta: real o sentida que se presentan la atención médica en el servicio de urgencias de la U.M.F. No. 171.
- Identificar el nivel de satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias.

HIPÓTESIS.

No requiere por el tipo de estudio.

JUSTIFICACIÓN

El derechohabiente requiere de la atención específica que se brinda en Urgencias en las Unidades de Medicina Familiar, además de otros servicios integrantes de la atención médica.

Frecuentemente la población derechohabiente no tiene suficiente información para utilizar en forma adecuada los servicios y su educación para la salud es deficiente, por lo cuál no se hace corresponsable de la conversión de la misma ni de la atención y control de su padecimiento.

La solicitud de atención en el servicio de urgencias puede ser espontánea por el derechohabiente o derivado de los servicios de la misma unidad, o dependencias administrativas. Su primer contacto es por el área de recepción donde puede recibir un trato insatisfactorio, un tiempo de espera prolongado e información insuficiente al paciente y familiares en relación con su padecimiento.

Los servicios de urgencias en algunas Unidades se utilizan como “desahogo” del volumen de consulta de Medicina Familiar.

Para dar una atención más eficiente y con calidad sea implementado el sistema del TRIAGE en los servicios de urgencias de hospitales y unidades de medicina familiar cuya finalidad es dar prioridad a la atención de urgencia real a través de la aplicación de éste y mejorar la atención.¹⁰

La U.M.F. 171 hasta el mes de agosto del 2007 contaba con una población adscrita a medicina familiar de 142,678 personas y 162,210 de adscripción total a la Unidad. El número de consultas otorgadas en el servicio de urgencias da una mediana del año 2006 de 3 443 pacientes por mes.

Por lo anterior; tratando de mejorar la atención al usuario en el servicio de urgencias, se ha realizado este proyecto para identificar cuales son las expectativas y su satisfacción del derechohabiente ante el uso de los servicios de urgencias de la unidad.

METODOLOGIA

CLASIFICACION DEL ESTUDIO.

Descriptivo, Observacional, Prospectivo, Transversal .

UNIVERSO DEL ESTUDIO:

- Se estudiaron a los pacientes que acudieron a solicitar atención al servicio de urgencias de la U.M.F. No. 171 por los cinco días hábiles de la semana en los turnos matutino y vespertino durante los días del 17 al 21 de septiembre del 2007, aplicándose el cuestionario a 200 personas que aceptaron participar en el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Todo el universo que acuda a solicitar atención medica al servicio de urgencias en 5 días hábiles de la semana del día 17 al 21 de septiembre del 2007 que se les invitó a contestar la encuesta siendo 200 los que aceptaron.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

La población estuvo conformada de 200 pacientes, con un rango de edad de r/n a 80 años y se aplicó la encuesta a los acompañantes de los menores de edad considerando la captación de paciente al que necesitaba la atención médica.

La encuesta esta basada en el Sistema ESINI que fue diseñada para el proceso de la calidad de la atención médica y se aplico por 5 días hábiles a los derechohabientes que solicitaron atención en el servicio de urgencias de la UMF 171 y que aceptaron contestar la encuesta.

Al grupo de estudio se le aplicará una encuesta con preguntas abiertas y cerradas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Derechohabiente del I.M.S.S. que solicite atención en el servicio de urgencias de la U.M.F.No. 171 en todos los turnos.
- 2.-Que acepte participar en el estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

- 1.- No ser derechohabiente del I.M.S.S.
- 2.-Que no acepte participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Que conteste el cuestionario incompleto.

VARIABLES:

VARIABLE	TIPO	MEDICION
SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE	DEPENDIENTE	SISTEMA DE EISINI
ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA U.M.F. No. 171.	INDEPENDIENTE	- SISTEMA DE EISINI - ESCALA DE TRIAGE DEL REINO UNIDO.

DEFINICION	OPERACIONALIZACION	ESCALA
Genero	El que refiera el paciente	Femenino Masculino
Edad	La que refiera el paciente	Grupos de cada 5 años
Escolaridad	La que refiera el paciente	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Profesional
Motivo de consulta	La que refiera el paciente	Real ó Sentida
¿Fue enviada por alguien de la unidad?	- ASISTENTE MEDICA - MEDICO FAMILIAR - MEDICINA PREVENTIVA - ARCHIVO - ESPONTANEA - LABORATORIO - MEDICINA DEL TRABAJO - OTROS	SI NO

<p>Tiempo de espera</p>	<p>Desde su solicitud de atención médica hasta su atención.</p>	<p>ESCALA DE TRIAGE DEL REINO UNIDO. 1. -INMEDIATA 2.-ANTES DE 15 MINUTOS 3.-ANTES DE 30 MINUTOS 4.-ANTES DE UNA HORA 5.-ANTES DE DOS HORAS</p>
<p>Trato adecuado al paciente</p>	<p>La que se le otorga por el personal médico del servicio.</p>	<p>Sistema ESINI E Excelente S Suficiente I Insuficiente N No realizado I Inadecuado</p>
<p>Trato adecuado al paciente</p>	<p>La que se le otorga por la asistente medica del servicio.</p>	<p>Sistema ESINI E Excelente S Suficiente I Insuficiente N No realizado I Inadecuado</p>
<p>Trato adecuado al paciente</p>	<p>La que se le otorga por el personal de enfermería del servicio.</p>	<p>Sistema ESINI E Excelente S Suficiente I Insuficiente N No realizado I Inadecuado</p>

ASPECTOS ETICOS.

Esta de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas practicas de la investigación clínica.

Además se deberá tener una declaración escrita de que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RESULTADOS

Se revisaron los resultados de la aplicación la encuesta basada en el Sistema ESINI que fue diseñada para el proceso de la calidad de la atención médica y se aplicó por 5 días hábiles a los derechohabientes que solicitaron atención en el servicio de urgencias de la UMF 171 y que aceptaron contestar la encuesta.

De las 200 entrevistas aplicadas la edad que predominó a solicitud de la atención médica en urgencias fue de r/n a 10 años con una frecuencia de 50 y un porcentaje del 25%. (Tabla 1).

La escolaridad del paciente que solicitó la atención fue "Técnica o profesional" con una frecuencia de 42 y con porcentaje de 21% (Tabla 2).

El sexo predominante fue el "Femenino" con una frecuencia de 113 y un porcentaje de 56.5% (tabla 3).

La demanda a la atención médica en urgencias predominó "espontáneo" con una frecuencia de 200 y un 100% de porcentaje. (Tabla 4).

La atención médica del servicio de urgencias solicitada fue la que predominó Urgencia Sentida con una frecuencia de 120 y un porcentaje de 60% (tabla 5).

La atención médica del servicio de urgencias solicitada por envío de algún servicio de la unidad predominó "en forma espontánea" con una frecuencia de 200 y un porcentaje 100%. (Tabla 6)

El tiempo de espera para otorgarle la atención que predominó fue Inmediata con una frecuencia de 82 con un porcentaje de 41% (tabla 7).

El trato que otorgó el médico fue Suficiente con una frecuencia de 120 con un porcentaje de 60%. (Tabla 8).

El trato que otorgó la asistente médica fue Suficiente con una frecuencia de 99 con un porcentaje de 49.5%.. (Tabla 9).

El trato que otorgó la enfermera fue Suficiente con una frecuencia de 112 con un porcentaje de 56%.. (Tabla 9).

TABLAS

TABLA No.1 EDADES DE LOS PACIENTES USUARIOS

edad

	Frecuencia	Porcentaje
R.N - 10 AÑOS	50	25.0
11 - 20 AÑOS	29	14.5
21 - 30 AÑOS	44	22.0
31 - 40 AÑOS	26	13.0
41 - 50 AÑOS	19	9.5
51 - 60 AÑOS	16	8.0
61 - 70 AÑOS	7	3.5
71 - 80	9	4.5
Total	200	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos

TABLA No. 2 ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
LACTANTE	28	14.0
PREESCOLAR	13	6.5
PRIMARIA INC.	24	12.0
PRIMARIA COMP.	32	16.0
SECUNDARIA	39	19.5
TECNICA O PREPA	42	21.0
PROFESIONAL	22	11.0
OTROS	22	11.0
Total	200	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos

TABLA No. 3 SEXO DEL PACIENTE

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	113	56.5
FEMENINO	87	43.5
TOTAL	200	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos

TABLA No. 4 SOLICITUD DE LA ATENCIÓN MEDICA

espontaneo

	Frecuencia	Porcentaje
SI NO	200	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos

TABLA No.5 MOTIVO DE CONSULTA DE URGENCIAS

motivo de consulta

	Frecuencia	Porcentaje
REAL	80	40
SENTIDA	120	60
TOTAL	200	100

Fuente: Formato de recolección de datos

TABLA No. 6 SOLICITUD DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS ENVIADO POR OTRO SERVICIO.

	Frecuencia	Porcentaje
- ASISTENTE MEDICA - MEDICO FAMILIAR - MED. PREV. - ARCHIVO - ESPONTANEO - LABORATORIO - MED. DEL TRABAJO - OTROS (J.C.)	200	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos

TABLA No. 7 TIEMPO DE ESPERA PARA OTORGAR LA ATENCIÓN MEDICA EN URGENCIAS

tiempo para otorgarle atención

	Frecuencia	Porcentaje
INMEDIATA	82	41.0
ANTES DE 10 MIN	44	22.0
ANTES DE 30 MIN	69	34.5
ANTES DE 60 MIN	5	2.5
ANTES DE 120 MIN.	0	0
Total	200	100.0

Fuente: ESCALA DE TRIAGE DEL REINO UNIDO.

TABLA No. 8 EL TRATO QUE OTORGO EL MEDICO
Como fue el trato del medico

	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	74	37.0
Suficiente	120	60.0
Insuficiente	6	3.0
realizada	0	0
Inadecuado	0	0
Total	200	100

Fuente: SISTEMA ESINI

TABLA No. 9 EL TRATO QUE OTORGO LA ATENCIÓN MEDICA

trato de la asistente médica

	Frecuencia	Porcentaje
EXCELENTE	55	27.5
SUFICIENTE	99	49.5
INSUFICIENTE	45	22.5
NO REALIZADA	1	0.5
INADECUADA	0	0
Total	200	100.0

Fuente: SISTEMA ESINI

TABLA No. 10 EL TRATO QUE OTORGÓ LA ENFERMERA

trato de la enfermera

	Frecuencia	Porcentaje
EXCELENTE	70	35.0
SUFICIENTE	112	56.0
INSUFICIENTE	18	9.0
NO REALIZADA	0	0
INADECUADA	0	0
Total	200	100.0

Fuente: SISTEMA ESINI

DISCUSION

La satisfacción contribuye a la calidad de la atención porque es más probable que el paciente participe en ella de una manera más efectiva.

Se estudiaron a los pacientes que acudieron a solicitar atención al servicio de urgencias de la U.M.F. No. 171 por los cinco días hábiles de la semana en los turnos matutino y vespertino durante los días del 17 al 21 de septiembre del 2007.

La población estuvo conformada de 200 pacientes, con un rango de edad de r/n 80 años y se aplicó la encuesta a los acompañantes de los menores de edad considerando la captación de paciente, al que necesitaba la atención medica.

Un estudio de la calidad de la atención médica en medicina familiar que se llevó a cabo en 22 unidades de atención médica del IMSS, en pacientes adscritos se observó una relación directamente proporcional en cuanto al grado académico y la satisfacción recibida por el usuario, es decir, cuanto mayor fue el grado académico mayor fue la satisfacción del usuario¹⁶ En este estudio se obtuvo que el grado académico que predominó fue el técnico o preparatoria en un 21% lo cuál es acorde con la literatura médica y el grado de satisfacción de la atención medica fue satisfactoria en un 56%.

Se realizó otro estudio para identificar la satisfacción de los pacientes con la atención médica brindada en los Policlínicos Principales de Urgencia del municipio 10 de Octubre de La Habana Cuba, La satisfacción encontrada es menor que la esperada. La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en

que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.⁶ En esta investigación se valoró tiempo de espera de acuerdo a la escala de triage de Reino Unido y se apreció que la atención fue otorgada en forma inmediata en el 41% de las solicitudes. El trato para la atención por parte del médico fue calificado como suficiente en el 56%, asistente médica suficiente en el 49.5% y por enfermería suficiente en el 56%.

En el Distrito Federal se realizó un estudio sobre satisfacción de los trabajadores que acudieron a los servicios de salud en el trabajo del IMSS, se encontró que el 51% mostró satisfacción por el servicio y sus expectativas en relación por la calidad fueron la atención del trámite solicitado en 64%, trato amable en 24% y disminución en el tiempo de espera en 13%, el tiempo de espera considerado como óptimo por los trabajadores fue menos de 30 minutos,¹⁴ Variables consideradas en el presente estudio tanto tiempo de espera como trato amable por el personal los cuales se presentaron en los porcentajes de Inmediata 41% y Suficiente 56%.

CONCLUSIONES

Se concluye que el estudio es significativo para esta unidad de medicina familiar en el servicio de urgencias ya que los derechohabientes en su encuesta manifiestan buen trato otorgado por el personal que integra el servicio así como tiempo de espera inmediata.

Otros factores que se deben de considerar es que en este servicio se cuenta con 2 médicos en el servicio de urgencias por cada turno además de personal becario asignado a este servicio lo cuál contribuye a la fluidez de la atención médica.

La mejora del proceso de Urgencias en Medicina familiar, debe interpretarse como una parte de la mejora integral del sistema de la atención médica y no puede estar desvinculada de los demás procesos con los que se relaciona.¹⁰

La satisfacción es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover.

La satisfacción del paciente constituye un elemento particularmente importante.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE LA SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE ANTE EL USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA U.M.F. No. 171

Constancia de recepción del formulario.

En el día de la fecha..... he recibido del Dr.....el presente formulario conteniendo información del estudio de investigación, en el que me ha propuesto participar como parte del mismo, dándome una amplia explicación de sus riesgos y beneficios esperados en el presente estudio, y aclarando que en el momento en que yo decida puedo abandonar dicho estudio si a mi me parece conveniente, sin que esto afecte la atención que recibo del instituto. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado(a) el día..... para que me sean aclaradas todas mis dudas.

Lugar y fecha Titulo de la investigación.....Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número..... El objetivo de este estudio es..... Se me ha explicado que mi participación consistirá en..... Y por lo tanto, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, siendo los que a continuación se mencionan.....El investigador principal me ha dado la certeza que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, así como todo lo relacionado con la privacidad que mi persona merece serán manejados de manera confidencial. También existe el compromiso a mantenerme informado y actualizado con respecto a los avances o retrocesos que se generen en el estudio, aunque esto implique un cambio en la decisión de permanecer como participante del estudio.

Espacio para anotar dudas o preguntas

Autorización (consentimiento) Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para participar en el estudio de investigación..... llevada a cabo por el doctor..... Investigador principal del mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma testigo

Nombre y firma testigo

Nombre y firma del familiar o apoderado en caso necesario:

ANEXO 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 171.**

**“CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DEL ESTUDIO EXPECTATIVAS Y LA
SATISFACCION DEL DERECHOHABIENTE ANTE EL USO DEL SERVICIO DE
URGENCIAS DE LA U.M.F. No. 171**

GENERALES: EDAD: _____ SEXO: F M ESCOLARIDAD:

1.- ¿CUÁL ES EL MOTIVO PORQUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS?

2.- ESPONTÁNEO: SI NO

ENVIADO POR:

- ASISTENTE MEDICA _____
- MEDICO FAMILIAR _____
- MEDICINA PREVENTIVA _____
- ARCHIVO _____
- ESPONTANEO _____
- LABORATORIO _____
- MEDICINA DEL TRABAJO _____
- OTROS _____

3.- ¿SU TIEMPO PARA OTORGARLE LA ATENCIÓN FUE?:

- A) INMEDIATA
- B) ANTES DE 10 MINUTOS
- C) ANTES DE 30 MINUTOS
- D) ANTES DE UNA HORA
- E) ANTES DE DOS HORAS

4.- ¿ COMO CONSIDERA EL TRATO QUE LE OTORGO EL MEDICO?

- A) EXCELENTE
- B) SUFICIENTE
- C) INSUFICIENTE
- D) NO REALIZADA
- E) INADECUADO.

5.- ¿COMO CONSIDERA EL TRATO QUE LE OTORGO LA ASISTENTE MEDICO?

- A) EXCELENTE
- B) SUFICIENTE
- C) INSUFICIENTE
- D) NO REALIZADA
- E) INADECUADO.

6.- ¿COMO CONSIDERA EL TRATO QUE LE OTORGO LA ENFERMERA?

- A) EXCELENTE
- B) SUFICIENTE
- C) INSUFICIENTE
- D) NO REALIZADA
- E) INADECUADO.

SISTEMA ESINI PARA EVALUAR

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Excelente. Se recibió atención con calidad que permitió alcanzar el objetivo de la misma y la satisfacción de las expectativas del usuario.

Suficiente. Se recibió atención con calidad que permitió alcanzar el objetivo de la misma.

Insuficiente. Se otorgó atención que no permitió alcanzar el objetivo de la misma.

No realizado. No se otorgó la atención.

Inadecuado. Se otorgó la atención en forma incorrecta, con resultados negativos para el usuario.

EL SISTEMA DE CALIFICACIÓN PROPUESTO QUE INCLUYE LOS SIGUIENTES RUBROS:

E	Excelente
S	Suficiente
I	Insuficiente
N	No realizado
I	Inadecuado

BIBLIOGRAFIA

- 1.-** Fajardo G.O. Los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (1940-1952). Rev Med IMSS, 1998; 36(5) : 373 – 375.
- 2.-** Boletín No.6 de los Servicios Médicos del IMSS, 1960.
- 3.-** Hernández L.B. Motivos de asistencia, expectativas y conceptos del derechohabiente en los servicios de urgencias de las unidades de medicina familiar. Rev Med IMSS,1996; 34(6): 446-471.
- 4.-** Maldonado I.G. La consulta subsecuente. Condicionante de sobredemanda en una unidad de medicina familiar. Rev Med IMSS, 1998; 36 (5): 377-382.
- 5.-** Aguirre G.H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS, 1997; 35(4): 257-264.
- 6.-** Terrés S.A. Medicina del tercer milenio. Rev Med IMSS, 1998; 36(3): 245-252.
- 7.-** Ramírez S.T. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 1998; 40 (1): 3-12.
- 8.-** Bindman A.W. Triage en servicios de accidentados y urgencias. BMJ Latinoamérica, 1995; 3: 199
- 9.-** Manual de Operaciones del Servicio Médico Quirúrgico de Urgencias. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS Delegación Jalisco.
- 10.-** Lineamiento para la Mejora de Atención Médica en Urgencias. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Atención Médica, 1999.
- 11.-** Chang de la RM, Alemán LM, García RR, Miranda R. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997. Rev Cubana Salud Pública v.26 n.2 Ciudad de la Habana jul-dic. 2000.
- 12.-** Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En Investigaciones sobre servicios de salud; una antología. Washington, DC: OPS/OMS,1992:382-404.
- 13.-** Aguirre GH. Evaluación y garantía de calidad de la atención. Salud Pública Mex.1991; Vol. 33 (6):623-629.

14.- Ramírez de la RO, López SA, Barragán SA, Arce AE. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar Vol.7 Núm.1 enero-abril 2005 pp 22-26.

15.- Serrano VC. Sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la Atención Médica en las enfermedades no transmisibles. Rev Cubano Hig Epidemiol 2001;39 (3):157-63.

16.- López SA, Ramírez de la RO, Arce AE, Rivapalacios CS. Evaluación de la calidad de la atención médica por medio del expediente clínico y la satisfacción del usuario en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. Arch Med Fam 2002;4 (2):56-62.

17.- Chang de la RM, Alemán LM, Cañizares PM, Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana MedGen Integr 1999; 15(5):541-7.

18.- Ramírez AM, García JE, Fraustro SR. Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científica: Un Modelo para la Realidad Mexicana. Cad.Saúde Públ., Rio de Janeiro,11(3):456-462, jul/set,1995.

19.- Lineamiento para la Mejora de la Atención Médica en Urgencias. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Atención Médica, 1999.

20.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Décimo Sexta Edición. Marzo 2000. Ediciones Delma.

21. - Ley General de Salud. Edición 1998. editorial Porrúa.

22.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención. Edición 1998. Editorial Porrúa.

23.- Ley del Seguro Social para el Instituto Mexicano del Seguro Social. Décimo Sexta Edición. Marzo del 2000. Edición.

24.- Colunga RC, López MM, Aguayo AG, Canales MJ. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. Rev Cubana Salud Pública 2007;33(3).

25.- Hernández LB, García PC, Anzures CR, Orozco LM. Satisfacción de usuarios en unidades de Medicina Familiar. Rev Med IMSS, 2002;40(5):373-

26.- Campos NR, Afganis JE, Torrez D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar Vol.8(1)131-136.Medicina Familiar Vol.8(1)131-136.