



**Universidad Nacional Autónoma de
México**

**Programa de Posgrado en Ciencias de
la Administración**

Caso Práctico

**Propuesta de Indicadores de Calidad en la Atención
de
Escolares con obesidad en un Hospital Infantil**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en:
Administración en sistemas de salud**

Presenta: Miriam Guadalupe Herrera Segura

Tutor: Maestra Rocío Llarena de Thierry

México, D.F. 2010



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.

Resumen

A pesar de que el hospital Infantil de México ha brindado atención de primer nivel a los niños que lo solicitan, algunos de los servicios con los que cuenta actualmente no tiene un sistema de evaluación que esté basado en indicadores. Derivado de lo anterior en la clínica de obesidad no se tienen indicadores que midan el desempeño del servicio que ofrece.

Con el objetivo de llevar a cabo la construcción de indicadores se analiza el proceso de atención de los escolares con sobrepeso y obesidad que acuden a la clínica basado en el modelo de Avedis Donabedian basado en el análisis de la estructura, el proceso y el resultado. Además se procedió a la evaluación del grado de cumplimiento de dichos indicadores.

Se llevó a cabo un estudio con enfoque mixto, documental, observacional, con intención descriptiva y propositivo longitudinal.

Palabras Clave: calidad, Indicadores, Avedis Donabedian, evaluación.

Resumen

INDICE

Introducción.....	1
Hospital Infantil de México “Federico Gómez”	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Estructura Orgánica.....	6
1.3 Funcionamiento	10
1.4 Impacto	15
1.5 Planteamiento del Problema.....	19
2. Marco Normativo	22
2.1 Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos.....	22
2.2 Ley general de Salud.....	22
2.2 Ley orgánica de la administración pública federal	26
2.3 Ley de Institutos Nacionales de Salud.....	26
2.4 Reglamento de la ley General de salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica	31
2.5 Norma Oficial Mexicana.....	33
2.6 Código de conducta del Hospital infantil de México.....	35
3. Marco Teórico: Calidad	37
3.1. Definición y etimología.....	37
3.2 Principales autores de calidad	38
3.2.1 Joseph M. Juran	38
3.2.2 Edward Deming	39
3.2.3 Kaouro Ishikawa	41
3.2.4 Philip Crosby.....	42
3.2.5 Armad V. Feingebaum	43
3.2.6 Geinchi Taguchi.....	44
3.2.7. Organization for Standarization (ISO).....	45

3.2.9. Donabedian	47
4. Marco de referencia	53
5. Diseño de la investigación.....	60
5.1 Premisa.....	60
5.2 Objetivo General:.....	60
5.3 Objetivos Específicos:.....	60
5.4 Modelo teórico - Práctico.....	61
5.5. Variables (Tabla 6).....	62
5.6 Marco metodológico.....	69
5.6.1 Enfoque	69
5.6.2 Tipo de estudio	69
5.6.3 Construcción de indicadores de calidad	69
A continuación se describen los indicadores propuestos, así como la información referente a cada uno de ellos.	75
5.9 Criterios de exclusión.....	89
5.10 Técnicas e instrumentos de recopilación de la información.....	89
5.10.1 Prueba Piloto	89
7. Conclusiones y recomendaciones	103
7.1 Conclusiones	103
7.2 Recomendaciones	105
Referencias Bibliográficas.....	108
Bibliografía	113
Anexo 1	117

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PERSONAL DE SALUD, SEGÚN CATEGORÍAS HIMFG 2008.....	11
TABLA 2 NUMERO DE TRABAJADORES SEGÚN TIPO DE CONTRATACIÓN.....	12
TABLA 3 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA	15
TABLA 4. PRINCIPALES PADECIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN 2005 - 2007.....	17
TABLA 5. NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS A NIVEL NACIONAL DURANTE 2008	17
TABLA 6. VARIABLES	62
TABLA 7. PROTOCOLOS CLINICOS BASICOS.....	75
TABLA 8 CAPACITACION CONTINUA.....	76
TABLA 9 IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON COMORBILIDAD ASOCIADA.....	77
TABLA 10. VALORACION DEL GRADO DE OBESIDAD	78
TABLA 11. VALORACIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS	79
TABLA 12. SEGUIMIENTO DE LA TERAPEUTICA.....	80
TABLA 13. DOCUMENTACION Y MONITORIZACIÓN	81
TABLA 14. ASISTENCIA DE PACIENTES A CONSULTAS SUBSECUENTES.....	82
TABLA 15. CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO PONDERAL	83
TABLA 16. CALIDAD PERCIBIDA.....	84
TABLA 17 INVESTIGACIÓN	85
TABLA 18. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS	86
TABLA 19. CAPTACIÓN	87
TABLA 20. DIAGNÓSTICO	88
TABLA 21 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES.....	100

INDICE DE FIGURAS

TABLA 1. PERSONAL DE SALUD, SEGÚN CATEGORÍAS HIMFG 2008.....	11
TABLA 2 NUMERO DE TRABAJADORES SEGÚN TIPO DE CONTRATACIÓN.....	12
TABLA 3 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA	15
TABLA 4. PRINCIPALES PADECIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN 2005 - 2007	17
TABLA 5. NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS A NIVEL NACIONAL DURANTE 2008	17
TABLA 6. VARIABLES	62
TABLA 7. PROTOCOLOS CLINICOS BASICOS.....	75
TABLA 8 CAPACITACION CONTINUA	76
TABLA 9 IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON COMORBILIDAD ASOCIADA.....	77
TABLA 10. VALORACION DEL GRADO DE OBESIDAD	78
TABLA 11. VALORACIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS	79
TABLA 12. SEGUIMIENTO DE LA TERAPEUTICA.....	80
TABLA 13. DOCUMENTACION Y MONITORIZACIÓN	81
TABLA 14. ASISTENCIA DE PACIENTES A CONSULTAS SUBSECUENTES.....	82
TABLA 15. CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO PONDERAL	83
TABLA 16. CALIDAD PERCIBIDA.....	84
TABLA 17 INVESTIGACIÓN	85
TABLA 18. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS	86
TABLA 19. CAPTACIÓN	87
TABLA 20. DIAGNÓSTICO	88
TABLA 21 DESCRIPCIÓN DE INDICADORES.....	100

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, la obesidad se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el índice de masa corporal en el adulto es mayor de 30 Kg/m² y el sobrepeso lo define como un IMC igual o superior a 25 según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

Los nuevos Patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta 5 años. No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 14 años es difícil porque no hay una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes.¹

La prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en el mundo y en México es alarmante. Es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Desde 1998 la OMS considera la obesidad una epidemia global.²

La alta prevalencia de sobrepeso, obesidad, obesidad abdominal y obesidad extrema en niños en período escolar, requiere la identificación de factores de riesgo en los períodos prenatal, postnatal, preescolar y escolar, así como estrategias integrales inmediatas para la prevención y control de la obesidad.

La prevalencia se ha incrementado dramáticamente. Se calcula que actualmente hay 250 millones de personas con obesidad en el mundo, y el doble o el triple de personas con sobrepeso. En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, de 1976-1980 a 1999- 2000, la prevalencia

de sobrepeso aumentó el doble en niños de 6 a 11 años y el triple en adolescentes de 12 a 17 años, con mayor predisposición en hispanos, indios pima y otros nativos americanos.

Entre los países en vías de desarrollo se ha observado mayor prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad, en el medio oriente, el norte de África, Latinoamérica y el Caribe. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 11 años fue de 26% y en niñas de 27%.³

Se considera que aproximadamente 1,700 millones de adultos tienen sobrepeso por lo menos 312 millones sufren de obesidad clínica. Se calcula que aproximadamente 17.6 millones de niños menores de 5 años en el mundo tienen sobrepeso. Esto equivale a uno de cada diez niños.⁴ En Europa cerca del 20% de escolares y adolescentes presentan sobrepeso y un tercio son obesos. La misma tendencia, aunque de menor magnitud, se ha observado en otros países de América Latina.

Por ejemplo, la prevalencia de obesidad en adolescentes en Argentina aumentó de 12.1% en 1987 a 15.4% en 1993, y 20.8% en 2003. En Chile, comparando los datos de 1987 con los de 2000 en escolares de seis años, la prevalencia de sobrepeso casi se triplicó, tanto en niños (de 5.1 a 14.7%) como en niñas (de 4 a 15.8%); mientras que en otro estudio, se reporta un incremento en escolares de seis años con obesidad de 6.5% en niños y 7.8% en niñas en 1987, a 11.4 y 12.7% en 1993, y 17 y 18.8% en 2000 para niños y niñas, respectivamente.

El comportamiento en la prevalencia de sobrepeso entre 1990-1999 y 2000-2006 para otros países de la región de Latinoamérica, se presenta en el reporte de la OMS 2008,¹² pero sólo para niños menores de cinco años. Este reporte informa que en República Dominicana, la prevalencia aumentó de 6.9 a 8.6%; en El Salvador de 3.9 a 5.8%; Honduras reporta un incremento de 2.4 a 5.8%; Nicaragua de 3.5 a 7.1%; y Perú de 9.9 a 11.8%. En otros países como Bolivia (10.7 a 9.2%) y Guatemala (6.9 a

5.6%) se observó un decremento.

La tendencia mundial en el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes es particularmente alarmante, porque la obesidad infantil es un factor de predicción muy importante de obesidad en la edad adulta, así como un factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias y enfermedad cardiovascular. Por consiguiente, esto es relevante además desde el punto de vista de los retos que los sistemas de salud tendrán que enfrentar en las próximas generaciones.⁵

La literatura a nivel nacional e internacional se encuentra limitada con respecto al estudio de los indicadores de calidad para el tratamiento de los escolares con sobrepeso, parte de la literatura se encuentra centrada en las guías clínicas para el tratamiento de la obesidad más que en la formulación de instrumentos que permitan evaluar a las medidas terapéuticas dentro de la estructura, el proceso y los resultados.⁶

Dentro de este contexto uno de los retos más importantes en el tratamiento de la obesidad infantil es la evaluación y gestión de éste, motivo por el cual esta investigación pretende dar una propuesta de indicadores de calidad en la atención de escolares con sobrepeso con el fin de introducir a los profesionales de la salud, implicados en el soporte del tratamiento de la obesidad en niños, de herramientas que les permitan medir la calidad de la actividad asistencial en un Hospital Infantil.⁷

La necesidad de contar con indicadores radica en saber que estos no son más que datos que indican como se están haciendo las cosas, comparado como se deberían hacer y cuales son sus objetivos: detectar situaciones problemáticas o susceptibles de ser mejoradas, incorporar ciclos de mejoría para solucionar los problemas identificados, comparaciones internas y en el tiempo, comparaciones con otras

instituciones.

En el capítulo 1 se describirá el devenir histórico del Hospital Infantil de México Federico Gómez, estructura, funcionamiento, el impacto de la atención que brinda y el planteamiento del problema.

En el capítulo 2 se describe el marco normativo de la institución, los referentes jurídicos nacionales e internacionales dentro de los cuales se regula el presente trabajo.

En el capítulo 3 se expone el marco teórico donde se describen, el concepto de calidad y los enfoques teóricos de la calidad.

En el capítulo 4 se presenta el marco de referencia con referencias nacionales e internacionales que sustentan el presente estudio.

En el capítulo 5 se describe el diseño de la investigación, las variables y la metodología empleada

En el capítulo 6 el análisis de la información obtenida y se ostentan los resultados encontrados en el estudio.

En el capítulo 7 se refieren las conclusiones derivadas del análisis de resultados y las recomendaciones emitidas al Hospital.

Hospital Infantil de México “Federico Gómez”

1.1 Antecedentes

El antecedente directo del Hospital Infantil de México es la Sociedad Mexicana de Pediatría fundada en 1930 que agrupa a médicos de todo el país preocupados por impulsar la atención de los principales problemas de salud de una población infantil con crecimiento acelerado.

En esa época, los niños enfermos eran atendidos en hospitales generales y la instrucción de la Pediatría (una de las últimas especialidades en surgir como tal) era incipiente.

Ante tal panorama, un grupo de miembros de este organismo impulsó la idea de crear una institución que diera respuesta a la creciente necesidad de ofrecer a la niñez una atención médica de calidad, que se preocupara por la formación de recursos humanos especializados y por fomentar el estudio y comprensión de enfermedades y padecimientos que afectaban a uno de los grupos más vulnerables de la población.

Así, luego de un gran esfuerzo de varios miembros de esa Sociedad, encabezados por el Dr. Federico Gómez Santos, el 30 de Abril de 1943 fue inaugurado el Hospital Infantil de México, cuyo primer objetivo fue brindar a la sociedad mexicana las labores asistenciales propias de los más modernos representantes de su género, así como funciones de enseñanza e investigación encaminadas a preparar pediatras de un alto nivel.

Un mes después se creó el Patronato y el Congreso de la Unión expidió la Ley que oficializaba la constitución del Hospital como un Organismo Descentralizado con Personalidad Jurídica Propia y con el objeto social de cumplir 3 acciones:

1. Proporcionar la atención médica necesaria a los niños que lo requirieran.

2. Fortalecer la enseñanza de la Pediatría a través de los medios y canales necesarios.
3. Iniciar la investigación científica de problemas médicos sociales de la niñez mexicana.

A partir de Febrero de 1980, por acuerdo del Patronato, el Hospital adoptó el nombre de su fundador, para ostentar el que lleva en la actualidad, *Hospital Infantil de México Federico Gómez*.

En 1983, con la creación de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, esta entidad tuvo el privilegio de ser reconocido como el primero de los Institutos Nacionales de Salud.¹²

1.2 Estructura Orgánica

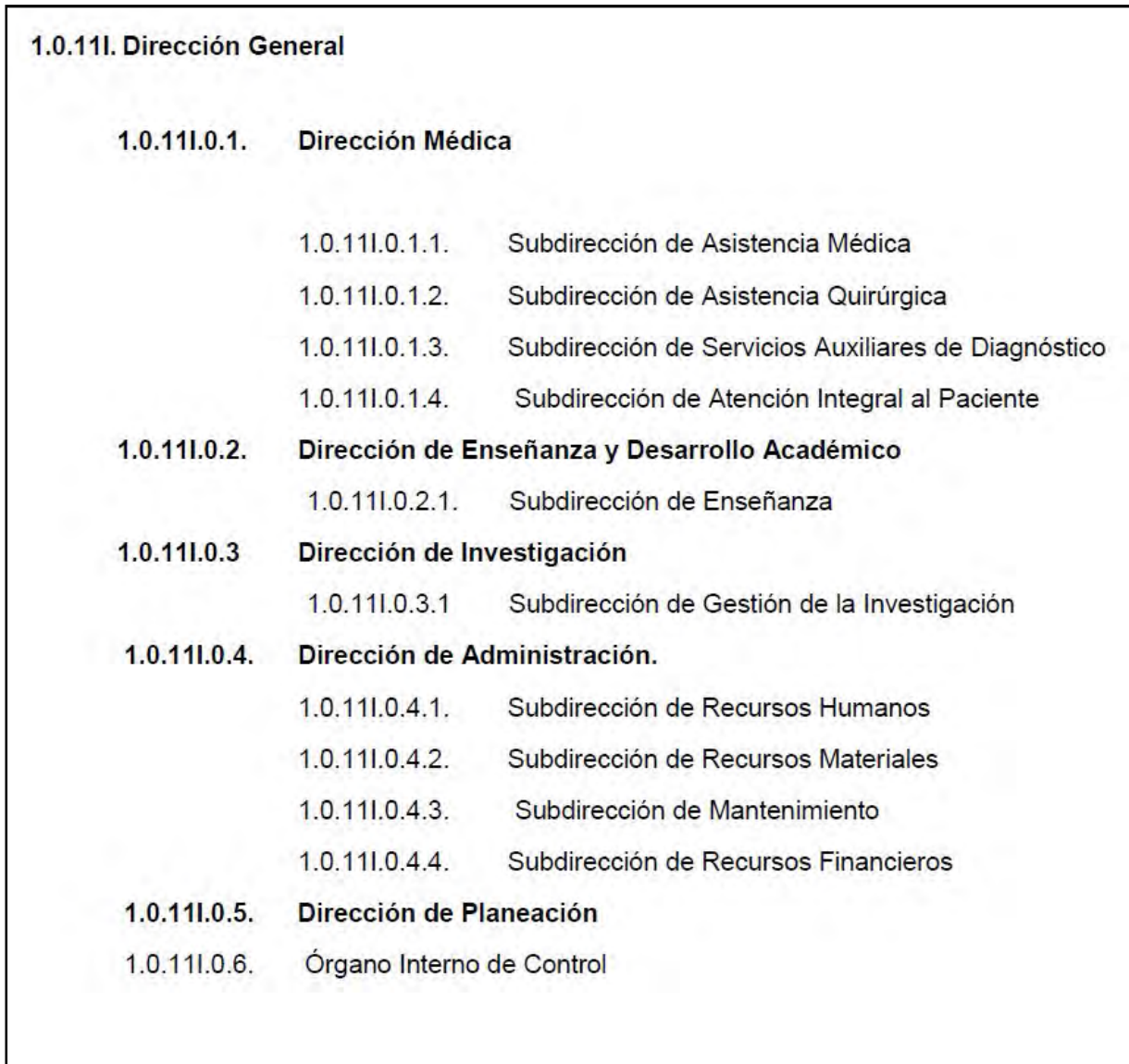
El Hospital Infantil de México Federico Gómez es uno de los trece institutos nacionales de salud, es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios de conformidad con los artículos 3, fracción I y 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, así como de los artículos 2, fracción III y 5 fracción IV de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Pertenece a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de salud. La estructura orgánica del Hospital Infantil de México, (cuadro no. 1) está conformado por cinco áreas, en las cuales se definen los niveles de autoridad, grados de responsabilidad y comunicación entre ellas, funcionando como instrumento que regula la funcionalidad y operatividad; asimismo sirve de apoyo al personal que labora en el Hospital. Está conformado por 41 departamentos médicos y quirúrgicos que prácticamente cubren todas las especialidades pediátricas, y quince departamentos administrativos. Actualmente cuenta con 212 camas censables y 106 no censables distribuidas en unidades de cuidados intensivos urgencias y unidades especiales para trasplantes. Además de un archivo clínico que mantiene activos a 70, 000 expedientes, servicios auxiliares de

diagnóstico completos con tecnología moderna, laboratorios de investigación y servicios para enseñanza como biblioteca, auditorio y aulas para educación de pregrado.

A continuación mediante un organigrama (Figura no. 1) se describe la disposición sistemática y ordenada de las áreas que integran al Hospital, conforme a la codificación establecida por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud.¹³

En el área de asistencia médica se ubica el servicio de Gastroenterología y Nutrición en el que a su vez se encuentra la clínica de Obesidad. (Figura no. 1)

FIGURA 1 ESTRUCTURA ORGÁNICA



Fuente: Manual de organización, específico, Hospital Infantil de México, 2006

FIGURA 2 ORGANIGRAMA



Fuente: Manual de organización específico, Hospital Infantil de México, 2006

1.3 Funcionamiento

Desde el comienzo de sus labores la Institución se dio a la tarea de recibir a los niños de más escasos recursos que no gozaran de Seguridad Social y desde entonces, ha atendido a más de nueve millones de pacientes, con un promedio anual cercano a los 153 mil menores de edad.

En el transcurso del año 2008, la población solicitante de atención médica en el HIMFG ascendió a 33,370 pacientes. Derivado de su análisis, se puede aducir que existe un componente mayoritariamente masculino representando un 54.27%, y de estos el grupo etario más demandante de atención fue el de los escolares con un 45.80%, mientras que los recién nacidos solo representan el 4.15%. La población infantil del género femenino representó un 45.73% con un comportamiento semejante al de los hombres en los grupos demandantes, es decir las niñas en etapa escolar fueron más solicitantes y las recién nacidas el grupo menor. La mayoría de estos niños provienen de zonas conurbadas del Distrito Federal y de diversas regiones de los Estados de México, Hidalgo, Veracruz, Guerrero y Oaxaca, principalmente.

Misión y visión de la unidad

Misión.

Impulsar a la investigación científica de manera tal que los conocimientos generados sean trasladados a la cama del paciente y a la comunidad en general y generar normas de aplicación nacional; consolidar y mantener a la Institución como un centro de enseñanza de excelencia en los diversos ámbitos de la pediatría. Ofrecer atención médica con alta calidad y seguridad para el paciente, con calidez en el contexto de la igualdad de oportunidad, sin descuidar la suficiencia financiera del hospital, para que con toda transparencia podamos rendir cuentas satisfactorias a la sociedad.

Visión

Ser la institución líder a nivel Nacional y en América Latina en atención médica integral de alta especialidad, investigación innovadora y trascendente, formación de recursos humanos de excelencia, con los más altos estándares de calidad y seguridad que contribuya a solucionar los problemas prioritarios de salud pediátrica, dentro de un entorno laboral digno.

El capital más apreciable en la prestación de los servicios de salud es sin duda el recurso humano. Para el año 2008 el Hospital contó con una plantilla conformada por 2,726 personas. La mayor parte de los trabajadores se agrupan en la categoría profesional de médicos y paramédicos con 60.1%, seguida por el personal administrativo con 21.2. En tercer lugar se encuentra el personal afín con 14.1% cada uno. (Tabla 1)

Tabla 1. Personal de Salud, según categorías HIMFG 2008		
Concepto	Numero	Porcentaje
Directivo (de estructura)	81	3.0
Administrativo	577	21.2
Médico	385	14.1
Paramédico	1253	46.0

Propuesta de indicadores de Calidad en la atención de escolares con obesidad

en un Hospital Infantil.

Miriam G. Herrera Segura

Investigadores	45	1.7
Personal afín	385	4.1
Total	2726	100.0

Fuente: Departamento de selección, contratación y desarrollo de personal, 2008

El número de trabajadores actualmente asciende a 2026 trabajadores de base, 278 de confianza, y 188 que cuentan con otros tipos de contratación para completar una planilla de 2610 trabajadores en total.¹¹ (tabla 2)

Tabla 2 Numero de trabajadores según tipo de contratación					
Tipo de contratación	Base		No base		
	Base	Lista de raya	Eventuales	Confianza	Otros
Hospital Infantil de México	1868		276	278	188

Fuente: Anuario 2006, ISSSTE

En la actualidad, este Instituto cuenta con 20 especialidades pediátricas, una especialidad troncal, 15 cursos de posgrado para médicos especialistas, 38 cursos de formación y dos especialidades odontológicas.

El Hospital dispone de 212 camas censables y alrededor de 101 no censables que corresponden a las terapias intensivas médica, quirúrgica, de urgencias y neonatal.

En el área de Investigación, se cuenta con 100 investigadores en el *Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas* de la Secretaría de Salud, de los cuales 20 pertenecen también al *Sistema Nacional de Investigadores* del CONACYT, quienes trabajan en los 162 protocolos de investigación registrados, sobre cáncer, trasplantes de hígado y riñón, enfermedades infecciosas, malformaciones cardiovasculares, problemas genéticos, así como estudios económicos y sociales de los programas de salud para la niñez, entre otros.

Se ha iniciado el desarrollo del proyecto para la construcción y equipamiento de la Unidad de Hemato-Oncología y de Investigación, que proporcionará un servicio integral en padecimientos hemato-oncológicos y de inmunodeficiencias de alta complejidad, que buscará constituirse como modelo en el país y en América Latina y convertirse en el centro de referencia en la especialidad. Aunado a esto, se brindará a la comunidad de investigadores del Instituto un lugar digno y funcional para la realización de sus proyectos y para poder albergar a un número mayor de éstos. Está en marcha el proceso de digitalización de todo el Departamento de imaginología, lo que impactará de manera directa en la economía de recursos, tiempo y accesibilidad a imágenes para un diagnóstico oportuno y certero.

Las salas y aulas de la Institución han formado cerca de 9 mil médicos especialistas en pediatría médica, cirugía pediátrica y otras especialidades pediátricas.

En el terreno de la educación, se han publicado más de 300 libros, algunos de los

cuales son empleados como textos básicos y de especialidad en varias Instituciones del País.

El Hospital Infantil de México, gracias a su colaboración con organizaciones e investigadores de todo el mundo, fue una de las instituciones fundamentales y participó activamente para que Albert Sabin desarrollara la vacuna oral contra la poliomielitis, hoy suministrada a millones de niños en todo el mundo y que ha conseguido prácticamente la desaparición total de la enfermedad.

Este Hospital fue también el lugar de creación del Suero Vida Oral que ha permitido hasta el día de hoy, evitar la muerte de niños por deshidratación severa derivada de infecciones intestinales.

El primer trasplante de riñón en niños en Latinoamérica es también otro de los logros de esta institución, así como el primer trasplante de hígado de donante vivo relacionado en México.

1.4 Impacto

En el HIMFG, el número de egresos hospitalarios (sin incluir las defunciones hospitalarias) entre 1994 y 2007 asciende a casi 100 mil, que en promedio representa aproximadamente un total de siete mil egresos anuales. En el 2008, se otorgaron 198,312 consultas 24,143 Consultas de primera vez 174,169 Consultas subsecuentes y la proporción entre consultas subsecuentes totales y de primera vez fue de 7.2:1 mientras que se otorgaron 5701 consultas de Urgencias. El porcentaje de ocupación Hospitalaria fue de 77.3 en 2008 y 86.4% en 2007 (Tabla. 2).¹⁵

Tabla 3 Porcentaje de ocupación Hospitalaria		
	Ene – Dic. 2007	Ene – Dic. 2008
Ocupación	86.4	77.3
Medicina	92.7	83.6
Cirugía	76.3	68.9
Estancia (días)	10.2	9.5
Medicina	11.9	11.3
Cirugía	8.2	7.4

Fuente: Informe 2008, Hospital infantil de México Federico Gómez, 73^a Junta de Gobierno, Marzo 2009.

Los motivos de hospitalización analizados por grandes capítulos de causas, señalan que actualmente más de la mitad de los egresos se ubican en dos capítulos: el de tumores (que agrupa 30% de los egresos) y el de anomalías congénitas (con 21.4% de los egresos). Le siguen en importancia las enfermedades del aparato genitourinario (8.2%), el aparato digestivo (7.9%) y las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (6.3%) (Tabla no. 3).

La tendencia en el tiempo de estos padecimientos es variada, ya que a excepción de los tumores que han ido hacia la alta, los demás muestran menor peso relativo, como grandes capítulos. Lo anterior no implica que del análisis de los motivos de egreso

con mayor nivel de desagregación, puedan obtenerse conclusiones complementarias; desafortunadamente, la información disponible no permite realizar este análisis a través del tiempo. En el caso de los tumores, su crecimiento ha sido continuo y sostenido (al pasar de 18% del total de egresos en 1994 a 30% actualmente).

De la revisión de los motivos de egresos con un mayor nivel de desagregación, registrada durante el año 2007, se detecta que la leucemia linfóide es la causa más frecuente, seguida de la insuficiencia renal crónica y la agranulocitosis, y que en su conjunto representan 20% de los motivos de alta hospitalaria de ese año. Otras causas que aparecen dentro de los primeros lugares se refieren a las neumonías no especificadas y las malformaciones congénitas, problemas de salud crecientes en el nivel hospitalario. Cabe señalar que estas causas no son homogéneas para toda la población, sino que varían según el grupo de edad de la población atendida.

En cuanto a la edad promedio de los pacientes hospitalizados, en términos generales la distribución etaria ha mostrado importantes variaciones a través del tiempo, actualmente sólo 1.8% de los egresos corresponde a pacientes recién nacidos (contra 11% en 1943); en ese mismo sentido han evolucionado los egresos de la población lactante, que al inicio representaba cerca de 27% de los pacientes hospitalizados, en tanto que en 2007 dicho porcentaje fue de 12.7%.

En cuanto a los adolescentes, que entre 1968 (fecha en la que se inició el registro como categoría independiente) y 2007, ha incrementado su peso relativo de 1.6 a 11%.

A manera de reflexión final, debe tomarse en cuenta que la morbilidad hospitalaria no es representativa de los padecimientos que realmente sufre la población, en tanto que sólo una pequeña proporción de ésta es la que percibe la enfermedad y,

finalmente, es atendida en este nivel de atención médica.¹⁰

Tabla 4. PRINCIPALES PADECIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN 2005 - 2007

Padecimientos / año	2005	2006	2007
Anomalías congénitas	1689	1789	1418
Tumores malignos	2065	2128	1944
Enfermedades del aparato Genitourinario	538	554	543
Otros	4046	2043	2705
Total	7187	7068	6610

Fuente: Departamento de bioestadística del Hospital infantil

De los 5,231 pacientes atendidos en el 2008, 1,512(28.9%) proceden del Distrito Federal, 3,719(71.1%) provienen de los diversos estados del país, de los que el Estado de México es el grupo mayoritario, con 2,597(49.6%). (Tabla no. 4)

Tabla 5. Número de pacientes atendidos a nivel nacional durante 2008

Procedencia por estado de la república	Ene – Dic. 2007	%	Ene – Dic. 2008	%
Estado de México	2458	47.17	2597	49.65
Distrito federal	1461	28.04	1512	28.29
Hidalgo	177	3.40	139	2.66
Guerrero	168	3.22	137	2.62

Propuesta de indicadores de Calidad en la atención de escolares con obesidad

en un Hospital Infantil.

Miriam G. Herrera Segura

Veracruz	135	2.59	116	2.22
Puebla	93	1.78	99	1.89

Fuente: Informe 2008, Hospital infantil de México Federico Gómez, 73^a Junta de Gobierno, Marzo 2009

1.5 Planteamiento del Problema

La clínica de obesidad se ubica en el organigrama (figura no. 3) en la subdirección médica, en el área de pediatría ambulatoria y actualmente se encarga de recibir a los pacientes referidos del segundo nivel.

La clínica cuenta con nueve consultorios, los cuales brindan atención a los pacientes los días viernes de nueve a doce con diagnóstico de obesidad, el cual se hace en base a la evaluación clínica terapéutica mostrada en la figura no. 3.

Los objetivos de la clínica de obesidad son impartir una atención médica de la más alta calidad, consolidar la enseñanza de la pediatría ambulatoria, originar investigación de la más alta calidad para mejorar la calidad de vida de nuestros niños y mantener una infraestructura física y de apoyo dentro de los estándares más altos de calidad.¹⁴

Para dichos objetivos cuentan con un modelo de calidad basado en la aplicación de Tecnologías de Información en el área de la salud, agilizar los procesos administrativos como son: la obtención de expedientes, actualización de existencias en farmacia, los estudios de laboratorio y gabinete, así como registro de diagnósticos conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Todo basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.

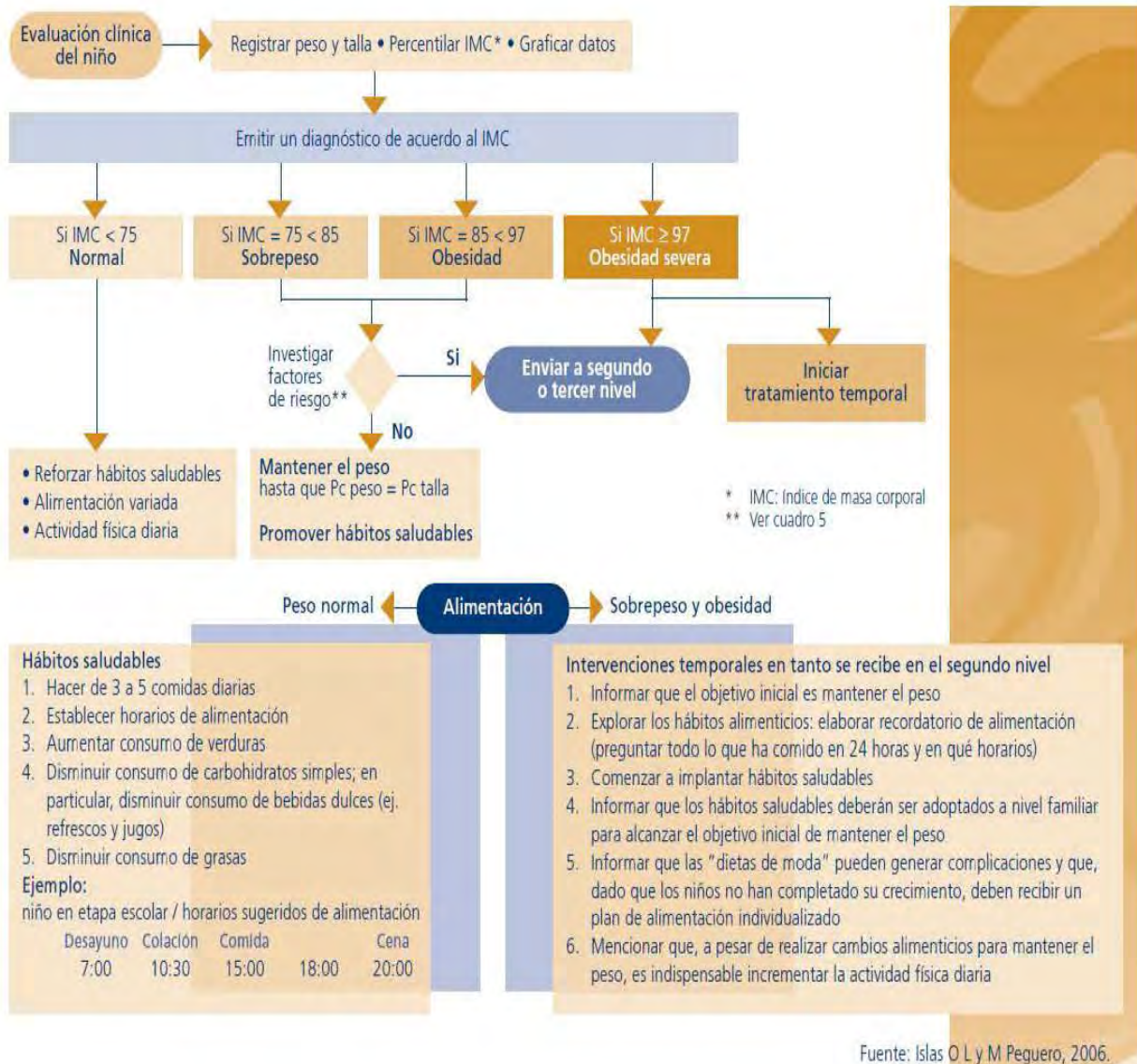
Actualmente en dicha clínica para el tratamiento de la obesidad no existen indicadores que midan el desempeño del servicio que ofrece.

Propuesta de indicadores de Calidad en la atención de escolares con obesidad

en un Hospital Infantil.

Miriam G. Herrera Segura

FIGURA 3 EVALUACION CLÍNICA TERAPEÚTICA PARA OBESIDAD



2. Marco Normativo

2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4. Toda persona tiene derecho a la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución. ¹⁶

2.2 Ley general de Salud

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

Artículo 6.

El sistema Nacional tiene los siguientes objetivos:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
2. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
3. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y proporcionar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
4. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y el crecimiento físico y mental de la niñez; culturales con su participación tomando en cuenta sus valores y organización social;

5. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
6. Impulsar en sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud:
7. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen, hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y
8. Promover en sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

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

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

- i. De atención médica
- ii. De atención pública, y
- iii. De asistencia social.

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

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

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo de urgencias
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;

IX. La asistencia social a los grupos más vulnerables, de estos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

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

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

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

Artículo 35. Son servidores públicos a la población en general los que presten en establecimientos públicos de salud a los residentes de país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.

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

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

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor

desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.¹⁷

2.2 Ley orgánica de la administración pública federal

ARTÍCULO 45.- Son organismos descentralizados las entidades creadas por ley o decreto del Congreso de la Unión o por decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propias, cualquiera que sea la estructura legal que adopten.¹⁹

2.3 Ley de Institutos Nacionales de Salud

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

I. Ciencia médica, a la disciplina que, conforme a métodos científicamente aceptados, desarrolla un conocimiento sistematizado que de manera metódica, racional y objetiva tiene el propósito de investigar, describir y explicar el origen de las enfermedades, su prevención, diagnóstico y tratamiento, así como de procurar la rehabilitación del afectado y el mantenimiento y protección de la salud de las personas;

II. Enseñanza en salud, a la transmisión sistemática de conocimientos de la Ciencia Médica, habilidades, destrezas y actitudes con propósitos de aprendizaje, para la formación de recursos humanos para la salud;

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

IV. Investigación en salud, al estudio y análisis original de temas de la Medicina, sujetos al método científico, con el propósito de generar conocimientos sobre la salud o la enfermedad, para su aplicación en la atención médica;

V. Investigación aplicada en salud, a aquella que se orienta a la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud determinados;

VI. Investigación básica en salud, a aquella relativa al estudio de los mecanismos celulares, moleculares, genéticos, bioquímicos, inmunológicos y otros, que tenga como propósito ampliar el conocimiento de la Ciencia Médica;

VII. Investigador, al profesional que mediante su participación en actividades científicas genera conocimientos, por su cuenta o institucionalmente, en la Biomedicina o la Medicina;

VIII. Recursos autogenerados, a los ingresos que obtengan los Institutos Nacionales de Salud por la recuperación de cuotas por los servicios que presten y las actividades que realicen;

IX. Recursos de terceros, a aquéllos puestos a disposición de los Institutos Nacionales de Salud por personas físicas o morales, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, para financiar proyectos de investigación y que pueden o no haber sido obtenidos o promovida su disposición por investigadores;

X. Recursos de origen externo, a los subsidios, participaciones, donativos, herencias y legados, en efectivo o en especie, de personas físicas o morales, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, que se otorguen de manera directa a los Institutos o a través de sus patronatos, y

XI. Secretaría, a la Secretaría de Salud del Ejecutivo Federal.

ARTÍCULO 5. Los organismos descentralizados que serán considerados como Institutos Nacionales de Salud, son cada uno de los siguientes, para las áreas que se indican:

I. Instituto Nacional de Cancerología, para la especialidad de las neoplasias;

II. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, para los padecimientos cardiovasculares;

III. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, para las disciplinas biomédicas vinculadas con la medicina interna de alta especialidad en adultos y las relacionadas con la nutrición;

IV. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, para los padecimientos del aparato respiratorio

V. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, para las afecciones del sistema nervioso;

V bis.- Instituto Nacional de Medicina Genómica, para la regulación, promoción, fomento y práctica de la investigación y aplicación médica del conocimiento sobre el genoma humano

VI. Instituto Nacional de Pediatría, para los padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia;

VII. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para la salud reproductiva y perinatal;

VIII. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para la psiquiatría y la salud mental;

VIII Bis. Instituto Nacional de Rehabilitación;

IX. Instituto Nacional de Salud Pública, para la investigación y enseñanza en salud pública;

X. Hospital Infantil de México Federico Gómez, para los padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia, y

XI. Los demás que en el futuro sean creados por ley o decreto del Congreso de la Unión, con las características que se establecen en la fracción III, del artículo 2 de la presente ley.

ARTÍCULO 6. A los Institutos Nacionales de Salud les corresponderá:

I. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud;

II. Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre;

III. Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación, intercambio o cooperación con instituciones afines;

IV. Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines;

V. Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje;

VI. Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables;

VII. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización;

VIII. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada;

IX. Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sean requeridos para ello;

X. Actuar como órganos de consulta, técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado;

XI. Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud;

XII. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus especialidades;

XIII. Coadyuvar con la Secretaría a la actualización de los datos sobre la situación sanitaria general del país, respecto de las especialidades médicas que les correspondan, y

XIV. Realizar las demás actividades que les correspondan conforme a la presente ley y otras disposiciones aplicables. ²⁰

2.4 Reglamento de la ley General de salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica

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

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

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

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

IV.- Demandante.- toda aquella persona que para si o para otro, solicite la prestación de servicios de atención medica;

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

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

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

Para efectos del párrafo anterior el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socio-económico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la secretaria de la zona correspondiente, y

Todo aquel usuario de servicios de atención medica que se encuentre encamado en una unidad hospitalaria.

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

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

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

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

Artículo 69.- Para los efectos de este reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación .¹⁸

2.5 Norma Oficial Mexicana

NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.

Del manejo médico

La participación del médico comprende:

7.1 Del tratamiento medicamentoso.

7.1.1 El médico será el único profesional de la salud facultado para prescribir medicamento en los casos que así se requiera, en términos de lo previsto en el presente ordenamiento.

7.1.2 Sólo se podrán indicar anorexígenos u otro tipo de medicamentos autorizados para el tratamiento de la obesidad o el sobrepeso, cuando no existiere respuesta adecuada al tratamiento dieto terapéutico y al ejercicio físico, en pacientes con índice de masa corporal de 30 o más, sin enfermedades concomitantes graves, o en pacientes con índice de masa corporal de 27 o más, que tengan enfermedades concomitantes graves.

7.1.3 El médico tratante deberá explicar al paciente qué medicamento va a ingerir, su nombre comercial y farmacológico, dosificación, duración de la toma, interacción con otros insumos, reacciones adversas y colaterales.

7.1.4 El médico deberá expedir y firmar la receta correspondiente, de acuerdo con las disposiciones sanitarias y registrar en la nota médica del expediente clínico.

10. De la infraestructura y equipamiento

10.1 Los establecimientos relacionados con el control y reducción de peso, además de lo relacionado con otras áreas de la nutrición si fuera el caso, deberán cumplir con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento siguientes de acuerdo a la función del establecimiento.

10.2 Contará con el siguiente equipo propio para el manejo integral del sobrepeso y la obesidad:

10.2.1 Báscula clínica con estadímetro.

10.2.2 Plicómetro de metal.

10.2.3 Cinta métrica de fibra de vidrio, y

10.2.4 Los demás que fijen las disposiciones sanitarias.

10.3 Los establecimientos hospitalarios deberán poseer la infraestructura y equipamiento que al respecto señalen las disposiciones aplicables.

2.6 Código de conducta del Hospital infantil de México

Servicio

1. Respetar los derechos humanos en el cuidado de nuestros pacientes
2. Proteger la integridad de las personas

Equidad

3. Mantener una relación profesional con nuestros pacientes sin distinciones
4. Responsabilidad hacia la conservación de la salud y prevención del daño
5. Guardar secreto profesional
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro

Lealtad

7. Compartir experiencia y conocimiento
8. Compromiso por la actualización de los conocimientos
9. Desarrollo de la profesión y ejercicio digno
10. Fomentar la participación y espíritu grupal

El Código de Ética nos compromete a:

- A. Cumplir lineamientos, lograr excelencia
- B. Puntualidad y cumplimiento de actividades
- C. Ser sensibles, justos, humildes, honestos, profesionales para enaltecer al HIMFG

3. Marco Teórico: Calidad

3.1. Definición y etimología

La raíz etimología de la palabra calidad, tiene sus inicios en el termino *kalos*, que significa “lo bueno, lo apto” y también en la palabra latina *qualitem*, que significa “cualidad” o “propiedad”. En este sentido, calidad es una buena palabra de naturaleza subjetiva, una apreciación que cada individuo define sus expectativas y experiencias, es un adjetivo que califica alguna acción, materia o individuo.

La calidad constituye el conjunto de cualidades que representan a una persona o cosa; es un juicio de valor subjetivo que describe cualidades intrínsecas de un elemento; aunque suele decirse que es un concepto moderno, el hombre siempre ha tenido un concepto intuitivo de la calidad en razón de la búsqueda y el afán de perfeccionamiento como constantes del hombre a través de la historia.

La calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse.

En 1980, *Donabedian*, una de las personas más reconocidas en este campo, define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”. *Luft* y *Hunt* definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.²¹

De *Geyndt* apunta que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o

atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla.

Parece obvio que es imposible arribar a una definición universalmente aplicable de calidad de la atención médica y que, amén de las similitudes y concordancias que puedan existir entre todas las definiciones, habrá que introducirle al concepto en cada caso el carácter local que irremediablemente tiene.²²

3.2 Principales autores de calidad

3.2.1 Joseph M. Juran.

Nació el 24 de diciembre de 1904 en la ciudad de Braila, Rumania. Fue el precursor de la calidad en Japón. Se le considera el padre de la calidad. Lo más importante es que se le reconoce como quien agrego recalco el aspecto humano en el campo de la calidad es de aquí donde surge los orígenes estadísticos de la calidad total. A sus 20 años se gradúo de Ingeniería Eléctrica. Trabajó en la *Lend-Lease Administration* donde tuvo contacto con el término de la reingeniería. En 1951 publicó su primer trabajo referente a la calidad, el cual se llamó Manual de control de calidad. Luego de esto contribuyó con las empresas japonesas de mayor importancia asesorándolas sobre la calidad y como lograrla dentro de los procesos de producción. En 1979 se fundó el Instituto Juran, el cual se dedicaba a estudiar las herramientas de la calidad. Para Juran la calidad puede tener varios significados, dos de los cuales son muy importantes para la empresa, ya que estos sirven para planificar la calidad y la estrategia empresarial. Entiende como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc.

Trilogía de Juran

1. Planeación de la calidad

2. Control de la calidad
3. Mejoramiento de la calidad

Los tres procesos se relacionan entre sí. Todo comienza con la planificación de la calidad. El objeto de planificar la calidad es suministrar a las fuerzas operativas los medios para obtener productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes. Una vez que se ha completado la planificación, el plan se pasa a las fuerzas operativas en donde ocurre la producción. Luego se analiza que cambios se le deben hacer al proceso para obtener una mejor calidad. ²³

3.2.2 Edward Deming

Edward Deming es mundialmente reconocido por el trabajo que realizó en los años 50, justo después de la segunda guerra mundial, en Japón. Con este trabajo, fue líder de la revolución de la calidad, que sigue siendo responsable de la posición competitiva de los Estados Unidos en el mundo

Las ideas de Deming se recogen en los Catorce Puntos y Siete Enfermedades de la Gerencia de Deming, son los siguientes.

Catorce Puntos para asegurar la posición competitiva

1. Crear constancia en el propósito de mejorar los productos y servicios, con el objetivo de ser competitivo, mantenerse en el negocio y dar empleo.
2. Adoptar una nueva filosofía de cooperación en la cual todos se benefician, y ponerla en práctica enseñándola a los empleados, clientes y proveedores.
3. Desistir de la dependencia en la inspección en masa para lograr calidad. En lugar de esto, mejorar el proceso e incluir calidad en el producto desde el comienzo.

4. Terminar con la práctica de comprar a los más bajos precios. En lugar de esto, minimizar el costo total en el largo plazo. Buscar tener un solo proveedor para cada ítem, basándose en una relación de largo plazo de lealtad y confianza.
5. Mejorar constantemente y por siempre los sistemas de producción, servicio y planeamiento de cualquier actividad. Esto va a mejorar la calidad y la productividad, bajando los costos constantemente.
6. Establecer liderazgo para los directivos, reconociendo sus diferentes habilidades, capacidades y aspiraciones. El objetivo del liderazgo debería ser ayudar a la gente, máquinas y dispositivos a realizar su trabajo.
7. Establecer entrenamiento dentro del trabajo
8. Eliminar el miedo y construir confianza, de esta manera todos podrán trabajar más eficientemente.
9. Eliminar slogans vacíos, exhortaciones y metas pidiendo cero defectos o nuevos niveles de productividad. Estas exhortaciones solo crean relaciones de rivalidad, la principal causa de la baja calidad y la baja productividad reside en el sistema y este va más allá del poder de la fuerza de trabajo.
10. Eliminar cuotas numéricas y la gerencia por objetivos
11. Borrar las barreras entre los departamentos. Abolir la competición y construir un sistema de cooperación basado en el mutuo beneficio que abarque toda la organización.
12. Remover barreras para apreciar la mano de obra y los elementos que privan a la gente de la alegría en su trabajo. Esto incluye eliminar las evaluaciones anuales o el sistema de méritos que da rangos a la gente y crean competición y conflictos.
13. Instituir un programa vigoroso de educación
14. Poner a todos en la compañía a trabajar para llevar a cabo la transformación. La transformación es trabajo de todos.

1. Falta de constancia en los propósitos
2. Énfasis en las ganancias a corto plazo y los dividendos inmediatos
3. Evaluación por rendimiento, clasificación de méritos o revisión anual de resultados
4. Movilidad de los ejecutivos
5. Gerencia de la compañía basándose solamente en las cifras visibles
6. Costos médicos excesivos.
7. Costos excesivos de garantías.²⁴

3.2.3 Kaouro Ishikawa

De acuerdo con Ishikawa el control de calidad en Japón, tiene una característica muy peculiar, que es la participación de todos, desde los más altos directivos hasta los empleados de más bajo nivel jerárquico.

El doctor Ishikawa expuso que el movimiento de calidad debía de imponerse y mostrarse ante toda la empresa, a la calidad del servicio, a la venta, a lo administrativo, etc.

Círculos de calidad

Las metas de los Círculos de Calidad son:

Que la empresa se desarrolle y mejore.

Contribuir a que los trabajadores se sientan satisfechos mediante talleres, y respetar las relaciones humanas.

Descubrir en cada empleado sus capacidades, para mejorar su potencial.

Todos los que pertenezcan a un círculo, reciben la capacitación adecuada en las áreas de control y mejora. En ciertas ocasiones el mismo círculo piensa en las

soluciones y puede presionar a la alta gerencia a llevarlo a cabo, aunque esta siempre esta dispuesta a escuchar y dialogar.

Estos círculos son muy recomendados en Japón, debido al éxito que han tenido en la mayoría de las empresas donde se han aplicado, pero se debe de tener cuidado al adaptarlos, debido a que cada organización es distinta y tiene necesidades muy variadas, una mala adaptación puede hacer que fracase el círculo.²⁵

3.2.4 Philip Crosby

Calidad es "ajustarse a las especificaciones" según Crosby (Soin: 1997). Se puede observar que el concepto de calidad ha evolucionado continuamente según las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia; no obstante, su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de satisfacción del cliente respecto al mismo. La calidad es una idea asequible, medible y beneficiosa que puede ser un ente acelerador clave que marca la diferencia entre el éxito y el fracaso.

Hay cinco pasos que proporcionan un método sistemático para eliminar la causa o causas raíz de un problema. Eliminar la causa raíz evita que el problema vuelva a presentarse.

Los cinco pasos para eliminar el incumplimiento son:

Paso 1: Definir la situación:

Paso 2: Remediar temporalmente.

Paso 3: Identificar la(s) causa(s) raíz.

Paso 4: Tomar acción correctiva:

Paso 5: Evaluar y dar seguimiento:

Cero defectos

Crosby hizo entender a los directivos que cuando se exige perfección ésta puede lograrse, pero para hacerlo la alta gerencia tiene que motivar a sus trabajadores. De esta forma planteaba la importancia de las relaciones humanas en el trabajo.

Otra mención de Crosby en el que dio mucho hincapié era que “Las personas son seres humanos y los humanos cometen errores”. Nada puede ser perfecto mientras intervengan seres humanos”.

Los errores son causados por dos factores: falta de conocimiento y falta de atención. El conocimiento puede medirse y las deficiencias se corrigen a través de medios comprobados. La falta de atención deberá de corregirse por la propia persona. La persona que se compromete a vigilar cada detalle y a evitar con cuidado los errores, está dando un paso enorme hacia la fijación de la meta de Cero Defectos en todas las cosas.

Los 14 puntos de mejora continua

En los años 60's Philip B. Crosby, propuso un programa de 14 pasos tendiente a lograr la meta de "cero defectos" empleando la planeación, implementación y operación de un programa exitoso en el mejoramiento de la calidad. El programa planteaba la posibilidad de lograr la perfección mediante la motivación de los trabajadores por parte de la dirección de la organización, dándole un gran peso a las relaciones humanas en el trabajo.

Crosby dice:

Que “La integridad en la vida personal está dada por cinco factores fundamentales: amar a Dios, amar a los semejantes, mantenerse en constante aprendizaje, fijar metas y ser feliz”. Asegurando también que el enojo, la angustia, el estrés y el tiempo, son los cuatro factores que desgastan la calidad de vida de las personas”.²⁶

3.2.5 Armad V. Feingembaum

Nació en 1920. Fue Gerente de manufactura y Control de Calidad a nivel mundial de General Electric por más de 10 años, Presidente de General System Company en

Massachusetts y Director fundador de la Academia Internacional de Calidad donde participa la Organización europea para el Control de Calidad, el JUSE y la ASQC.

Se reconoce a Feigenbaum tres grandes aportes, el concepto de calidad total que los japoneses recogieron como TQC, La promoción internacional de la ética de la calidad y la clasificación de los costos de la calidad.

Aportaciones

1. El concepto de calidad total que los japoneses recogieron como TQC.

El Dr. Feigenbaum propone un sistema que permite llegar a la calidad en una forma estructurada y administrada, no simplemente por casualidad.

Este sistema se llama Control Total de la Calidad y dirige los esfuerzos de varios grupos de la organización para integrar el desarrollo del mantenimiento y la superación de la calidad a fin de conseguir la satisfacción total del consumidor.

2. La promoción internacional de la ética de la calidad

Esta aportación incide en el área de sistema humano y en las categorías de trabajo en equipo, educación y capacitación

3. La clasificación de los costos de la calidad.

Esta aportación incide en el área de sistema operacional y en las categorías de crecimiento con rentabilidad económica y planeación del proceso.

Para que el control de calidad sea efectivo, debe iniciarse con el diseño del producto y terminar sólo cuando se encuentre en manos de un consumidor satisfecho. ²⁷

3.2.6 Geinchi Taguchi

Taguchi nació en la ciudad textil de Tokamachi, donde estudió inicialmente textiles ingeniería con la intención de entrar en la familia kimono negocio. Sin embargo, con la escalada de la Segunda Guerra Mundial, en 1942, fue elaborado en el Departamento de Astronomía del Instituto de Navegación de la Armada Imperial Japonesa.

Taguchi ha hecho una muy importante contribución a las estadísticas industriales.

Los elementos clave de su filosofía de calidad son:

- Pérdida de la función, utilizado para medir la pérdida financiera a la sociedad resultante de la mala calidad;
- La filosofía de fuera de línea de control de calidad, el diseño de productos y procesos para que sean insensibles a los parámetros de diseño fuera de la ingeniería de control.
- Las innovaciones en la estadística el diseño de experimentos, en particular el uso de una serie de factores externos que son incontrolables en la vida real, pero son sistemáticamente variadas en el experimento.

En los años 60' aborda el concepto de calidad en lo servicios de salud. Propone un concepto de calidad que implica el aspecto técnico – científico. Centra la evaluación de la calidad de los servicios de salud en el desempeño de: Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.²⁸

3.2.7. Organization for Standardization (ISO)

En 1989, la *International Organization for Standardization (ISO)* definió que: Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado. Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de como se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún

por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" ²⁹

3.2.8 Rúelas Barajas

En México, como resultado de la primera experiencia de garantía de calidad, Rúelas-Barajas & Reyes-Zapata (1990: 178) con el objeto de operacionalizar una definición proponen que la "Garantía de la calidad es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, a través de cinco elementos fundamentales: Evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional"

En efecto, la evaluación es el pilar fundamental para garantizar la calidad de la atención. No es posible mejorar algo cuyo comportamiento se desconoce. La monitoreo (entendida como medición sistematizada del comportamiento de una o varias variables durante periodos establecidos y con frecuencias determinadas), es también un componente indispensable de la garantía, ya que se trata de establecer continuidad de manera cíclica en la observación del proceso de la atención y sus resultados con el objeto de dar la oportunidad requerida para la identificación y corrección de las situaciones que pudieran afectar el proceso.

Ahora bien, el diseño organizacional puede ser definido como la combinación de los elementos de la estructura organizacional que tiende a asegurar un adecuado desempeño de la propia organización. En el diseño organizacional están comprendidos: La asignación y distribución de la autoridad, definición de

responsabilidades, mecanismos de comunicación y coordinación, grados de formalización y estandarización de los procesos, mecanismos de control y tipos de incentivos. Como puede apreciarse, una gran cantidad de problemas que impactan directamente a la calidad de la atención se derivan de diseños organizacionales defectuosos.

El desarrollo organizacional es una disciplina que se define como el establecimiento de estrategias educativas que permiten a los individuos hacer conciencia explícita de los objetivos de la organización, de la importancia de su propio trabajo, y del de los demás para la consecución de esos objetivos, de la manera en que pueden mejorar su desempeño y el de los demás y del desarrollo del liderazgo en la organización.

No puede haber corrección sin cambio. El cambio en este caso, puede ser de conductas o procedimientos que, a su vez, pueden implicar cambios de actitud, debemos entender lo que significan diferentes tipos de cambio en las organizaciones y las técnicas que puedan facilitarlos, entre ellas el desarrollo organizacional es fundamental para garantizar la calidad de la atención.

Todo lo anterior se operacionaliza a través de programas de garantía de calidad que nos permitan sistematizar las acciones, identificar problemas oportunamente, analizarlos objetivamente, proponer soluciones factibles y dar seguimiento a las acciones propuestas. Los principales requisitos para ello son: Indicadores y estándares y un sistema de información adecuado, entendido este no sólo como captura y procesamiento de datos y generación de información "Hacia arriba" como frecuentemente sucede, sino como un sistema de retroalimentación, y mecanismos de seguimiento que aseguren que las correcciones se han llevado a cabo (Ruelas-Barajas, 1992).³⁰

3.2.9. Donabedian

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.³¹

Donabedian se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como: el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos.

El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura³²

Estos factores son los aspectos técnicos y científicos, los interpersonales y un factor añadido, el entorno (que él denomina «amenidades»), que comprendería tanto el ambiente como las consecuencias derivadas de él (comodidad, intimidad y otras). Estos elementos, científicotécnicos, interpersonales y del entorno, condicionantes de la calidad de la asistencia sanitaria, no son exclusivos de ésta, sino que se hallan presentes, en mayor o menor medida, en todas las actividades de servicio. El personal de contacto -y los profesionales sanitarios lo son en gran medida- tiene una

doble función: la operacional y la relacional. La función operacional tiene una mayor carga científica y técnica según el sector de que se

trate; la función relacional, por su parte, comprende la interacción entre el entorno físico y humano de la empresa y el cliente.

En una primera aproximación, la calidad de la asistencia sanitaria se conceptúa como el grado de conformidad de la atención prestada con el diseño de la misma, comprendiendo este último tanto la función operacional como la relacional, diseñadas ambas con el fin de responder a las necesidades de aquellos a los que va destinada.³³ Para definir la calidad de la atención médica, Donabedian relaciona la cantidad de cuidados, los costes económicos y los beneficios y riesgos derivados de aquéllos con la calidad de la asistencia.

De estos tres factores, sólo los beneficios y riesgos biológicos son distintivos de la calidad de la atención médica, los otros dos elementos, cantidad y costes, están presentes en el concepto general de calidad. Cuando considera los costes de la asistencia en la evaluación de la calidad de la misma, el citado autor propone tres conceptos de atención médica: asistencia eficaz, asistencia eficiente y asistencia óptima. La primera es aquella atención considerada idónea para mejorar la salud con independencia de los costes.³⁴

La segunda es aquella asistencia que procura mejorar al máximo el estado de salud al coste más bajo posible. Por último, la asistencia óptima es la que persigue que el gasto del tratamiento más eficiente no supere el valor del grado de salud obtenido; es decir, aquella que intenta conseguir el equilibrio coste/calidad en la prestación sanitaria.³⁵

Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades: es decir, la forma particular (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa una recomendación, y hasta qué punto se cumple, pero teniendo en cuenta que puede haber más de un indicador para cada

recomendación. Para el desarrollo de indicadores según Avedis Donabedian, éstos requieren en primer lugar la definición precisa de todos sus términos:

Denominación: descripción resumida de la actividad o suceso que se valora.

Definición de términos: explicación detallada de sus componentes y de su proceso de cálculo. Debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.

- Tipo de indicador: puede ser de distintas clases:
 - Centinela: mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable.
 - Basado en índices: mide un suceso que requiere posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, excede umbrales predeterminados o evidencia diferencias significativas al compararse con otros.
 - Trazadores: reflejan de forma fiable la globalidad del servicio; han de referirse a una situación frecuente, en las que las deficiencias sean evitables, y en la que se pueda lograr el máximo beneficio al corregirlas.

El desarrollo y el uso de indicadores es un tema complejo. Aunque existen infinidad de posibles indicadores para evaluar cada una de las recomendaciones que incluye una guía, interesa acotar un grupo de indicadores que permita la evaluación a lo largo del tiempo y la comparación con otros centros. El cuadro no. 1 nos muestra el modelo para definir indicadores según Avedis Donabedian.

Es importante tener presente que, en la práctica, los indicadores disponibles no son perfectos y constituyen una aproximación de una situación real. Su objetivo es proporcionar información útil para facilitar la toma de decisiones. El conjunto de

indicadores no es más que la representación explícita o implícita de las expectativas de funcionamiento de cualquier sistema.³⁶

FIGURA 4 MODELO PARA DEFINIR INDICADORES

Nombre del indicador	Nombre descriptivo breve que designa el indicador
Dimensión de la calidad	Característica o atributo de la atención prestada, para que ésta sea considerada de calidad.
Justificación	Utilidad del indicador como medida de la calidad. Se relaciona con la validez (lo que vamos a medir ¿tiene sentido?)
Fórmula / Formato	Expresión matemática que reflejará el resultado de la medición. Habitualmente se expresa en forma de porcentaje, pero también puede hacerse como una media o número absoluto.
Explicación de términos	Definición de aquellos aspectos del indicador que puedan ser ambiguos o sujetos a diversas interpretaciones.
Población	Descripción de la unidad de estudio que va a ser objeto de medida. Puede referirse a pacientes, actividades, visitas etc. En algunas ocasiones será necesario introducir criterios de exclusión en la población así definida.
Tipo	Se refiere a la clasificación de indicadores según el enfoque de la evaluación (estructura, proceso o resultado).
Fuente de datos	Origen de la información y secuencia de obtención de datos necesaria para poder cuantificar el indicador.
Estándar	Nivel deseado de cumplimiento para el indicador.

Propuesta de indicadores de Calidad en la atención de escolares con obesidad

en un Hospital Infantil.

Miriam G. Herrera Segura

Comentarios	Observaciones o reflexiones sobre la validez del indicador o detalle de posibles factores de confusión que deberán ser tenidos en cuenta al interpretar los resultados.
--------------------	---

2002 Fundación Avedis Donabedian

4. Marco de referencia

Los servicios de salud en la actualidad se enfrentan a grandes retos, puesto que la demanda de los servicios de salud exige además de una atención profesional, la evaluación de los servicios que ofrece a los usuarios, por esto es necesarios establecer una serie de criterios que se transformaran en indicadores que permitirán evaluar la calidad en la atención de ésta.

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano. En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales. En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la *Joint Comisión on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis

del proceso y análisis de los resultados. Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplia su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud. En estos momentos aún sigue siendo un poco desconocida, pero ya cada institución de salud con sus respectivas unidades y servicios, esta abordando y trabajando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores en relación a lo que el MINSAL nos recomienda y exige.³⁷

Se pueden encontrar en la literatura mundial algunos estudios sobre indicadores de calidad en la atención sin embargo pocos se han centrado en desarrollarlos alrededor de patologías nutricionales como lo es la obesidad infantil.

En el 2008 se desarrollo un estudio denominado “Indicadores de calidad para las Unidades de Nutrición Clínica”, por la Sociedad Española parenteral y enteral (SENPE) el objetivo fue dotar al personal sanitario implicado en el soporte nutricional especializado de herramientas para poder medir la calidad de su actividad asistencial no sólo en las unidades de nutrición clínica, sino también donde se encuentre un enfermo que requiera soporte nutricional especializado. Para el desarrollo de la metodología fue necesario abordar el modelo de Donabedian donde la información que se puede extraer de los servicios sanitarios puede ser clasificada en tres categorías fácilmente comprensibles: estructura, proceso y resultado.

Existen diferentes modelos de evaluación de la calidad entre los que destacan dos de ellos: la corriente americana de la Joint Commission y la Europea con el *European Foundation for Quality Management* (EFQM). La mayoría de los países pertenecientes a la Comunidad Europea han adoptado el modelo EFQM de evaluación de la calidad para sus centros y sistemas sanitarios; dicho modelo, sin embargo, es difícilmente adaptable a pequeñas unidades clínicas o servicios por lo que se prefirió la utilización de un modelo de fácil comprensión y adaptación al entorno en el que se puede encontrar una unidad clínica de soporte nutricional especializado.

Para la formulación de criterios, indicadores y estándares los criterios se definen como aquella condición que debe cumplir la práctica clínica para poder ser considerada de calidad. Se formulan mediante un enunciado en positivo. Constituyen aquellos elementos de la estructura, del proceso o del resultado que hacen que un juicio beneficioso sea elaborado, a través de ellos los conceptos más generales de la calidad van a ser traducidos en un elemento de medida.

Los procedimientos para la formulación de criterios se inician con la selección de las personas competentes para juzgar los aspectos de la calidad que se desea evaluar. En el caso que nos ocupa deben ser facultativos especializados en áreas de conocimiento afines a la nutrición, líderes de opinión en el sector y avalados por la sociedad científica correspondiente. La estructuración del grupo puede realizarse con la metodología Delphi o con el método de grupo nominal. Una vez conocidos los componentes y la materia que se va a tratar, el equipo elabora y se propone una lista personalizada de criterios que son discutidos y evaluados según su relevancia e importancia, de tal forma que después del filtro queden seleccionados sólo aquellos que la mayoría estima como los mejores.

Elaborados los criterios de calidad, incorporando su justificación y las dimensiones de la calidad que evalúan, se procede a enunciar el indicador de dicho criterio. El indicador de un criterio es la especificación cuantitativa en que se traducen los criterios. Se usa como guía para controlar y valorar la calidad de actividades de la asistencia a pacientes. Traducen los criterios, es decir, el número de veces que debe cumplirse un criterio para que la práctica se considere que alcanza un nivel determinado de calidad. Muchas veces se confunde con el criterio absorbiendo su definición.

Los indicadores monitorizan diferentes aspectos o dimensiones de la calidad. En conjunto, una buena selección de los criterios debe abarcar todas posibles dimensiones y no es infrecuente que un indicador evalúe varias de las dimensiones al mismo tiempo. Este estudio se incluye un total de 42 criterios repartidos en tres grupos: Indicadores de calidad referidos a la estructura de una Unidad de SNE, Indicadores de calidad de los procesos de una unidad de SNE y indicadores de calidad de los resultados de una unidad de SNE.

Se formularon criterios, indicadores y estándares que se definen como aquellas condiciones que debe cumplir la práctica para poder ser considerada de calidad. Se seleccionaron los estándares siendo el estándar el grado de

cumplimiento exigible a cada criterio, es decir, el rango que resulta aceptable en el nivel de calidad.³⁸

Por otro lado en el marco de la OCDE (organización para la cooperación y el desarrollo económico), los países industrializados decidieron desde 2003 abordar la selección de los indicadores más apropiados para representar el desempeño de los sistemas de atención médica, de modo que permitan la comparación cuantitativa entre los países, es decir, el *benchmarking* internacional.

Con esta finalidad se estableció, en primer lugar, el marco conceptual con que se iban a seleccionar los indicadores, circunscribiendo el enfoque al sistema de atención médica, sin desconocer que existen factores determinantes de salud que exceden el campo asistencial. En segundo lugar, se determinaron cinco áreas o dominios prioritarios, dentro de los cuales habrían de seleccionarse los indicadores, por considerarlos representativos de la calidad de la atención médica prestada. Estos cinco o áreas son: atención cardiológica, diabetes, salud mental, seguridad del paciente y atención médica primaria/prevención.

Fueron convocados expertos, representativos de entidades académicas y científicas especializadas de los países miembros de la OCDE, con el fin de desarrollar un proceso de selección progresiva en base a criterios de importancia clínica, relevancia científica y factibilidad. Mediante este proceso se arribó a la selección de 86 indicadores correspondientes a: 21 para seguridad del paciente, 27 para atención médica primaria/prevención, nueve para diabetes, doce para salud mental y 17 para atención cardiológica. Esta iniciativa es importante, no sólo por el rigor metodológico y la disponibilidad de recursos con que fue llevada a cabo en países industrializados, sino también porque constituye una fuente de orientación para iniciativas con

similares objetivos, que se están desarrollando en economías transicionales y países en desarrollo, que en general cuentan con menor disponibilidad de recursos.³⁹

También el SEMERGEN (Sociedad Española de médicos en atención primaria) en el 2005 publicó a través del artículo “Indicadores de calidad” una serie de indicadores de proceso y resultado que fueron considerados cruciales para la evaluación asistencial de los pacientes hipertensos, obesos, dislipémicos, obesos y fumadores planteados de forma abierta con el objetivo fundamental de que sirvan de herramienta general para realizar una evaluación. Sin embargo el estudio estuvo enfocado a la atención de la obesidad en pacientes adultos, no en preescolares como es el objetivo de esta investigación.⁴⁰

Por otro lado el artículo “Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con diabetes tipo dos del Área Sanitaria Cádiz-San Fernando” cuyo objetivo fue evaluar la calidad de la prestación de atención sanitaria al paciente con diabetes tipo dos en un área básica de salud. Realizó un estudio observacional descriptivo de una muestra de 517 pacientes con diabetes tipo dos conocida (intervalo de confianza 95%, nivel de riesgo alfa 0,05) atendidos en Atención Primaria y Endocrinología del área básica de salud Cádiz-San Fernando (228.000 habitantes). Se evalúa la calidad de la atención sanitaria aplicando los criterios de calidad propuestos por el Grupo Europeo de la Federación Internacional de Diabetes. En los resultados mostraron que de 517 pacientes con diabetes tipo dos de $63,4 \pm 12$ años de edad media (59,4% mujeres) y $9,7 \pm 8$ años de evolución conocida de la diabetes. A pesar de la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA: 58%, dislipemia 53%, obesidad: 40%, tabaquismo activo: 19%) y complicaciones crónicas de la diabetes (retinopatía 29%, nefropatía: 20%). El grado de cumplimiento en la realización de autoanálisis de glucemia capilar (35%), exploración anual de los pies (44%), determinación anual de albuminuria (47%) y de un perfil lipídico completo (51%) y

participación en actividades educativas (53%) fue insuficiente. Sin embargo, el porcentaje de determinación anual de hemoglobina glicosilada fue aceptable (81%).

Como conclusiones se encontraron que los pacientes con diabetes tipo 2 del área Cádiz- San Fernando presentan una elevada prevalencia de comorbilidades y complicaciones crónicas, evidenciándose la necesidad de mejora en el cumplimiento de las recomendaciones básicas para el cuidado y control de la enfermedad. ⁴¹

5. Diseño de la investigación

5.1 Premisa

Contando con la experiencia en instituciones nacionales e internacionales es factible desarrollar indicadores en la atención de escolares con obesidad en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” que permitan llevar a cabo una evaluación del servicio que se está prestando.

5.2 Objetivo General:

Desarrollar un sistema de evaluación de la calidad de la atención de escolares con obesidad en la Clínica de obesidad de un Hospital Infantil, a través de una serie de indicadores para generar información sobre las condiciones de calidad en que se prestan este servicio.

5.3 Objetivos Específicos:

5.3.1 Describir el protocolo de tratamiento de los niños con obesidad

5.3.2 Realizar una descripción de los servicios de otras instituciones con los que podría ser comparado el protocolo de estudio.

5.3.3 Seleccionar los indicadores que sean más adecuados para monitorear la calidad de la prestación de servicios en la clínica de obesidad.

5.3.4 Diseñar los indicadores para la evaluación del tratamiento de escolares con obesidad.

5.4 Modelo teórico - Práctico

El modelo a utilizar para la formulación de Indicadores en la clínica de obesidad es el propuesto por Donabedian en el cual la información que se puede extraer de los servicios sanitarios puede ser clasificada en tres categorías fácilmente comprensibles: estructura, proceso y resultado.

- a) La estructura implica las cualidades de los centros en los que se genera asistencia. Esto incluye los recursos materiales (equipamiento y dotación económica), recursos de personal humano (incluye el número y la cualificación del mismo) y de la estructura organizativa (administrativas, informáticas, control de calidad, etc.).
- b) El proceso implica lo que en realidad se hace por dar y recibir la asistencia. Actividades del paciente al buscar y recibir asistencia y del facultativo al diagnosticar o intervenir y tratar al paciente. La tendencia actual es simplificar aún más y considerar estructura y resultado como parte del proceso.
- c) El resultado evalúa los efectos de la asistencia sobre el estado de salud del paciente y de la población. Los resultados están influidos por demasiados factores externos para poder utilizarlos como indicadores de calidad a pesar de considerarse que la prueba final de que la asistencia ha sido buena es la mejora de las condiciones de salud del paciente.

Este enfoque tripartito de la evaluación de la calidad está basado en una profunda interrelación de las partes dado que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado.

Los criterios se definen como aquella condición que debe cumplir la práctica clínica para poder ser considerada de calidad. Se formulan mediante un enunciado en positivo. Constituyen aquellos elementos de la estructura, del proceso o del resultado que hacen que un juicio beneficioso sea elaborado, a través de ellos los conceptos más generales de la calidad van a ser traducidos en un elemento de medida.⁴²

5.5. Variables (Tabla 6)

Tabla 6. Variables

Variable	Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional	Como se va a medir
Estructura				
Capacitación continua de recursos humanos	Cualitativa	La capacitación es un proceso continuo de enseñanza – aprendizaje mediante el cual se desarrolla las habilidades y destrezas de los servidores	Participación como docente en actividades formativas asistencia y/o participación en congresos o reuniones científicas	Se utilizará una encuesta para indagar acerca de la percepción de los pacientes en cuanto a la capacitación del personal de salud a cargo de la atención.
Proceso				

<p>Información integral al paciente</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas, e indica mediante códigos y conjuntos de datos, los modelos del pensamiento humano. La información por tanto, procesa y genera el conocimiento humano.</p>	<p>Información verbal o escrita al paciente verbal o escrita en relación con su diagnóstico, alternativas de tratamiento, y pronóstico.</p>	<p>Se cuestionara para saber si el paciente recibió información adecuada y en tiempo de su diagnóstico, tratamiento y pronostico</p>
<p>Protocolos clínicos básicos</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Protocolo: herramienta escrita que debe contemplar como mínimo la valoración tanto diagnóstica como</p>	<p>Se analizará el numero de protocolos en los que se encuentran incluidos los pacientes de clínica de</p>	<p>Se cuestionará y documentará acerca del número de protocolo clínicos básicos</p>

		terapéutica, así como los circuitos asistenciales.	obesidad	actuales.
Captación	Cuantitativa	Acción de recoger o percibir.	Se debe realizar un tamizaje a toda la población infantil mayor de 6 años para detectar obesidad.	Se tabulará el número de niños captados en la consulta externa general que son atendidos en la clínica de obesidad.
Diagnóstico	Cualitativa	Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición.	El diagnóstico de obesidad en escolares se realiza de acuerdo al IMC >85 (percentil)	Se tabularán los ingresos a la clínica de obesidad con diagnóstico dentro de los criterios.
Seguimiento	Cuantitativa	Proceso	Una vez	Se tabularan el

		continuo y sistemático de recolección de datos para verificar lo realizado y sus resultados en términos físicos	alcanzados los objetivos de control se recomienda realizar en todos los niños diagnosticados con obesidad revisiones en la consulta externa cada ...	número de consultas que reciben los pacientes diagnosticados con obesidad al cabo de un año.
Documentación del tratamiento	Cuantitativa	Es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos quirúrgicos o físicos (véase fisioterapia) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades.	En todos los pacientes obesos se analizará el cumplimiento terapéutico con métodos de evaluación debidamente validados.	Se cuantificará el número de pacientes a los que se realiza control de cumplimiento terapéutico con métodos validados.
Valoración	Cuantitativa	Estudio	Se llevará a	Se cuantificará

antropométrica		sistemático de la medición de los seres humanos	cabo como parte de la evaluación del estado nutricional la antropometría de cada paciente.	el número de pacientes a los que se realiza valoración antropométrica.
Asistencia a consultas subsecuentes	Cuantitativa	Dar el seguimiento clínico al paciente con el propósito de vigilar su evolución con base al tratamiento establecido con el fin de llegar al control total de la enfermedad.	Se analizará el número de consultas subsecuentes y la asistencia a ellas.	Se cuantificará el porcentaje de asistencia a consultas subsecuentes.
Valoración del grado de obesidad	Cualitativa dicotómica		Se determinará el número de pacientes con clasificación de obesidad o sobrepeso	Se tabularán los resultados obtenidos de los expedientes y encuestas directas para

				determinar el número de pacientes con clasificación.
Resultados				
Objetivos del tratamiento	Cuantitativa	Se refiere a la meta o nivel que se debe alcanzar en un periodo de tiempo determinado.	Se evaluarán a los niños bajo tratamiento para obesidad en un tiempo determinado acerca de las metas a cumplir a cargo y corto plazo.	Se tabularán los niños con disminución de peso de acuerdo a criterios establecidos.
Publicaciones científicas	Cuantitativa	El efecto de revelar o manifestar al público algo, o difundirlo.	Número de publicaciones científicas por año, llevadas a cabo en clínica de obesidad.	Se cuantificarán el número de publicaciones por año.

Propuesta de indicadores de Calidad en la atención de escolares con obesidad

en un Hospital Infantil.

Miriam G. Herrera Segura

5.6 Marco metodológico

5.6.1 Enfoque

Enfoque mixto. Se trata de un trabajo con enfoque mixto puesto que las variables se abordaran tanto de manera cualitativa como cuantitativa.

5.6.2 Tipo de estudio

Se desarrolla un estudio documental, observacional, con intención descriptiva y propositivo, longitudinal.

Documental, observacional. La búsqueda de información se llevara a cabo por medio de documentos y entrevistas.

Descriptivo, propositivo. El estudio describirá el proceso de atención de obesidad en escolares y propondrá mejoras a éste.

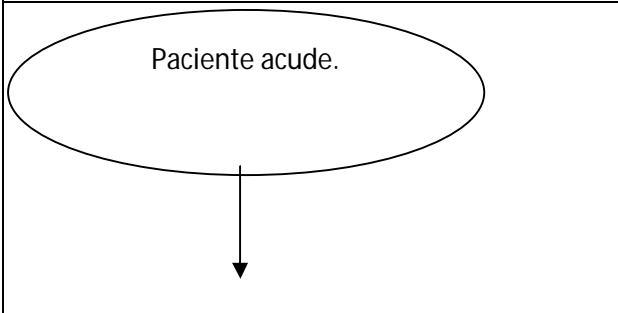
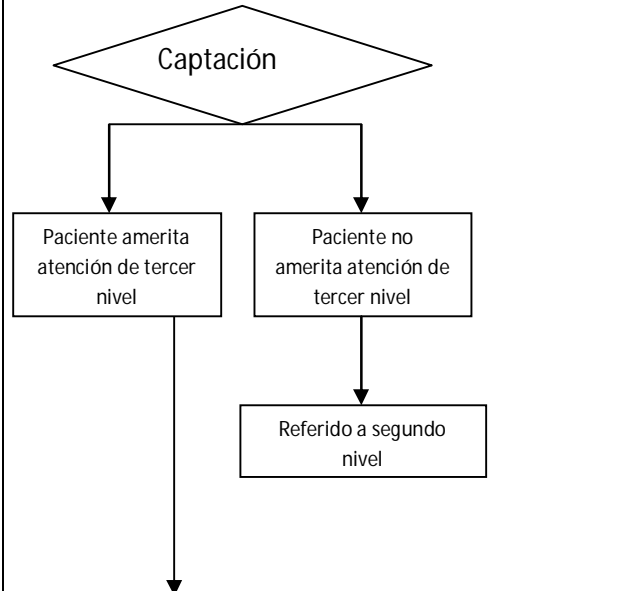
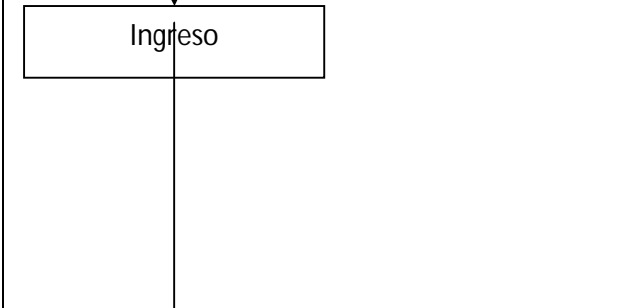
Longitudinal. El estudio tendrá delimitado un tiempo y momento específico.

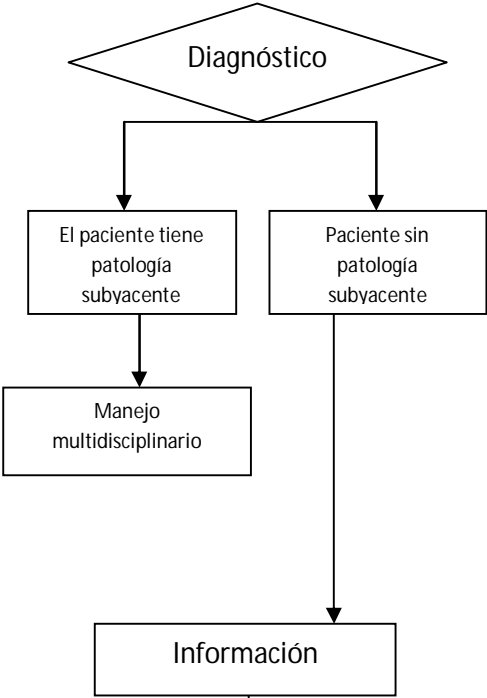
5.6.3 Construcción de indicadores de calidad

- Se realiza la recolección de evidencia científica que sustente las decisiones en la atención de niños con obesidad. Se identificaron los factores que inciden sobre los resultados del proceso de atención de niños con obesidad y los indicadores de calidad establecidos para evaluar el proceso.
- Se selecciona a los expertos para participar en la técnica de consenso.
- El trabajo de grupo fue desarrollar y validar un diagrama de flujo para la atención de manejo de la obesidad basado en la mejor evidencia y que permitiera identificar de puntos críticos para evaluar. La construcción se realizó según el enfoque y puntos de vista de cada integrante del equipo. En la primera reunión se plantearon los objetivos del estudio y las bases teóricas del análisis de procesos. (figura 3)

- Se lleva a cabo el análisis de procesos y la identificación de puntos críticos en cada nivel de atención en reuniones.
- En su elaboración participan todos los integrantes del consenso de expertos, quienes además de identificar puntos críticos del proceso, definen el responsable y los factores a controlar.
- Se prosigue con la identificación de puntos críticos del proceso, considerando a aquellas actividades o situaciones que se realizan en la clínica de Obesidad y de no realizarse oportunamente y con precisión, ponen en riesgo los objetivos de la atención médica.
- Los puntos críticos del proceso se consideraron el principal insumo para la construcción de indicadores.
- Se elaboro un diagrama de flujo colocando las distintas actividades listadas por participantes, en forma secuencial.
- Con la finalidad de determinar las actividades críticas del proceso se asignó a cada una de las actividades un puntaje del 5 al 10 tomando en cuenta factores como la trascendencia y la magnitud de cada una de las actividades en el otorgamiento de la consulta externa. En caso de existir discrepancia entre el grupo de consenso al asignar las calificaciones, fue necesario replantearlas para darles nuevamente una calificación
- La construcción de indicadores se llevó a cabo bajo un formato en el cual se identifica el criterio, la justificación, el indicador, población, estándar orientativo y las referencias bibliográficas
- Una vez llevada a cabo la construcción de dichos indicadores se requirió de la validación externa la cual se llevó a cabo con un grupo formado por nutriólogos, médicos pediatras con especialidad en nutrición, y médicos gastroenterólogos

FIGURA 5 DESCRIPCION DEL PROCESO

	Descripción de la actividad	Responsable	Objetivo
 <p>Paciente acude.</p>	<p>El paciente solicita atención en el Hospital referido por un segundo nivel.</p>	<p>Asistente médico</p>	<p>Recibir la atención oportuna en la institución.</p>
 <p>Captación</p> <p>Paciente amerita atención de tercer nivel</p> <p>Paciente no amerita atención de tercer nivel</p> <p>Referido a segundo nivel</p>	<p>Se lleva a cabo la valoración preliminar en la pre consulta</p>	<p>Médico Pediatra</p>	<p>Determinar si la patología amerita la atención del tercer nivel. El IMC esté en el percentil 85 (1 desviación estándar por encima) para su edad y sexo son considerados con sobrepeso, y si están > percentil 95 presentan obesidad.</p>
 <p>Ingreso</p>	<p>El paciente ingresa a clínica de obesidad.</p>	<p>Lic. Nutriología, Médicos pediatras.</p>	<p>Iniciar la evaluación y terapéutica.</p>

	Descripción de la actividad	Responsable	Objetivo
 <pre> graph TD A{Diagnóstico} --> B[El paciente tiene patología subyacente] A --> C[Paciente sin patología subyacente] B --> D[Manejo multidisciplinario] C --> E[Información] </pre>	<p>Se lleva a cabo el diagnóstico clínico de obesidad o sobrepeso de origen primario.</p>	<p>Médicos especialistas</p>	<p>Descartar patologías subyacentes.</p>
	<p>Se informa al paciente y familiar sobre la naturaleza de su padecimiento y el procedimiento en su fase inicial.</p>	<p>Lic. Nutriología, Médicos pediatras</p>	<p>Dar a conocer al paciente sobre el programa y la terapéutica.</p>

	Descripción de la actividad	Responsable	Objetivo
	<p>Se establece el control inicial recomendaciones médicas y nutricionales</p>	<p>Lic. Nutrición</p>	<p>Hacer del conocimiento del paciente los objetivos del programa "5 pasos"</p>
	<p>Establecimiento de metas</p>	<p>Lic. Nutrición</p>	<p>Plantear las metas durante el tratamiento.</p>
	<p>Se cita al paciente cada 30 días. Evaluando: a) Antropometría b) Seguimiento de 5 pasos c) Ingesta de fruta d) Ingesta de agua e) Actividad física</p>	<p>Lic. Nutrición.</p>	<p>Evaluar los logros alcanzados.</p>
	<p>Se proporcionan recomendaciones nutricionales</p>	<p>Lic. Nutrición</p>	<p>Dar a conocer al paciente las pautas generales del tratamiento.</p>

	Descripción de la actividad	Responsable	Objetivo
<pre> graph TD A[Orientación] --> B[Alta médica y del servicio] B --> C[Transferencia a segundo nivel de atención] </pre>			
	Se llevan a cabo pláticas de orientación nutricional y entrenamiento físico	Lic. Nutrición Médico Pediatra.	Llevar a cabo sesiones de retroalimentación para disolver dudas existentes.
	Una vez alcanzadas las metas ponderales se informa al paciente.	Lic. Nutrición	El paciente se integre a su vida cotidiana.
Se transfiere al paciente a segundo nivel	Lic. Nutrición, Pediatra	Continuidad del tratamiento	

A continuación se describen los indicadores propuestos, así como la información referente a cada uno de ellos.

Tabla 7. PROTOCOLOS CLINICOS BASICOS

Criterio	Protocolos clínicos básicos
Justificación	Los protocolos clínicos tienen como objetivo homogeneizar la asistencia médica y servir de herramienta para toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas
Indicador	<i>Numero de protocolos clínicos por año</i>
Explicación de términos	Protocolo: herramienta escrita que debe contemplar, como mínimo, la valoración tanto diagnóstica como terapéutica, así como los circuitos asistenciales utilizados.
Población	Listado de protocolos del servicio
Estándar orientativo	2 protocolos por año
Fuentes bibliográficas básicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estándares de acreditación de hospitales. Joint Comission. Fundación Avedis Donabedian. 2. Statistics on the Academic Productivity of Past Fellows, Hospital for sick children. Disponible en internet: http://www.sickkids.ca/diaqnosticimaqinq/education-and-learning/academic-productivity/statistics/statistics.html
Dimensiones	Adecuación, eficiencia, eficiencia y seguridad
Tipo	Proceso

Tabla 8 CAPACITACION CONTINUA

Criterio	Capacitación continua
Justificación	Participación como docente en actividades formativas, Asistencia y/o participación en congresos o reuniones científicas.
Indicador	<i>N.º de cursos al año/persona</i>
Explicación de términos	Formación continua: actividad dirigida a la capacitación, fortalecimiento, ampliación o actualización de los conocimientos, técnicas o habilidades que un profesional puede necesitar para el mejor desempeño de sus funciones
Población	Facultativos, dietistas y enfermería de la Unidad de Nutrición Clínica
Estándar orientativo	2-3 cursos por persona al año
Fuentes bibliográficas básicas	1. Estándares de acreditación de hospitales. Joint Comisión. Fundación Avedis Donabedian
Dimensiones	Resultado y eficiencia
Tipo	Estructura

Tabla 9 IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON COMORBILIDAD ASOCIADA

Criterio	Identificación de pacientes con comorbilidad asociada
Justificación	La identificación de pacientes con enfermedades asociadas determinan el tipo de terapéutica a seguir.
Indicador	<i>N.º de pacientes en los que se descarta patología. subyacente / In.º de pacientes ingresados x 100</i>
Explicación de términos	Comorbilidad asociada. La comorbilidad, se refiere a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
Población	Pacientes pediátricos al ingreso hospitalario
Estándar orientativo	100%
Fuentes bibliográficas básicas	Charlson ME, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis, 40(5): 373-383
Dimensiones	Validez, adecuación y eficiencia
Tipo	Proceso

Tabla 10. VALORACION DEL GRADO DE OBESIDAD

Criterio	Valoración del grado de obesidad
Justificación	El objetivo de la valoración del estado nutricional es reconocer el grado de obesidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad asociada a la misma
Indicador	<i>No de pacientes con valoración del grado de obesidad/n. o de pacientes ingresados x 100</i>
Explicación de términos	Grado de obesidad. El índice de masa corporal (IMC) es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad, tanto a nivel individual como poblacional
Población	Pacientes ingresados
Estándar orientativo	100%
Fuentes bibliográficas básicas	Organización mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html
Dimensiones	Accesibilidad, seguridad y eficiencia
Tipo	Proceso

Tabla 11. VALORACIÓN DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Criterio	Valoración de medidas antropométricas
Justificación	Para llevar a cabo el seguimiento de los pacientes con obesidad, se deberá tomar en cada consulta las medidas antropométricas.
Indicador	<i>Número de pacientes con medidas antropométricas/ # de pacientes que acuden a consultas subsecuentes X 100</i>
Explicación de términos	Medidas antropométricas ofrecen una indicación del estado nutricional de los niños que acuden a consulta.
Población	Pacientes pediátricos que asisten a consultas subsecuentes.
Estándar orientativo	95%
Fuentes bibliográficas básicas	Organización mundial de la salud http://www.who.int/childgrowth/en/index.html
Dimensiones	Seguridad y eficiencia
Tipo	Proceso

Tabla 12. SEGUIMIENTO DE LA TERAPEUTICA

Criterio	Seguimiento de la terapéutica
Justificación	El darle seguimiento a las recomendaciones dietética ofrece al nutriólogo las pautas para el seguimiento de la terapéutica.
Indicador	<i>Número de consultas por paciente por semestre</i>
Explicación de términos	El seguimiento en el tratamiento de los pacientes con obesidad determina en gran medida el éxito de la terapéutica a mediano y largo plazo.
Población	Población pediátrica que acude a consulta subsecuente
Estándar orientativo	6 consultas por semestre
Fuentes bibliográficas básicas	Anjali Jain MD, What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions, BMJ, 30 abril 2004. Tomado del sitio de internet: http://www.unitedhealthfoundation.org/obesity.Pdf 11 Noviembre de 2009 12:31pm
Dimensiones	Eficiencia
Tipo	Proceso

Tabla 13. DOCUMENTACION Y MONITORIZACIÓN

Criterio	Documentación y monitorización del tratamiento
Justificación	Se llevara a cabo el seguimiento documental de cada uno de los pacientes que asisten a consulta
Indicador	<i>Número de expedientes con monitorización de tratamiento/ número total de expedientes X 100</i>
Explicación de términos	Monitorización del seguimiento. Registro y evaluación del tratamiento dietético y relacionado con la actividad física.
Población	Pacientes pediátricos con seguimiento para obesidad
Estándar orientativo	95%
Fuentes bibliográficas básicas	Anjali Jain MD, What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions, BMJ, 30 abril 2004. Tomado del sitio de internet: <i>http://www. un ited health foundation. org / obesity. Pdf</i> 11 Noviembre de 2009 12:31 pm
Dimensiones	Eficacia y seguridad
Tipo	Proceso

Tabla 14. ASISTENCIA DE PACIENTES A CONSULTAS SUBSECUENTES

Criterio	Asistencia de pacientes a consultas subsecuentes
Justificación	El seguimiento y registro del tratamiento resulta fundamental en las decisiones a tomar durante éste.
Indicador	<i>Número de pacientes asistentes a consultas subsecuentes / Número de Pacientes en citados X 100</i>
Explicación de términos	Consulta subsecuente. Dar el seguimiento clínico al paciente con el propósito de vigilar su evolución con base al tratamiento establecido con el fin de llegar al control total de la enfermedad
Población	Pacientes pediátricos en tratamiento de obesidad
Estándar orientativo	90%
Fuentes bibliográficas básicas	Tomado del sitio de internet: http://www.inprf.org.mx/transparencia/consulta.html
Dimensiones	Eficacia y adecuación
Tipo	Proceso

Tabla 15. CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO PONDERAL

Criterio	Cumplimiento del objetivo ponderal
Justificación	La ingesta inferior o superior a las necesidades calóricas puede significar que el paciente alcance o no, el objetivo del tratamiento
Indicador	No de pacientes que alcanzan el objetivo ponderal /Total de pacientes seguidos por la clínica de obesidad X 100
Explicación de términos	El objetivo ponderal se describe como la meta que se pretende alcanzar en un tratamiento de control de peso.
Población	Pacientes con seguimiento de obesidad
Estándar orientativo	95%
Fuentes bibliográficas básicas	Francisco Moraga M.1, María Jesús Rebollo G.1 Pamela Bórquez V.2, Jeannette Cáceres 0.4, Carlos Castillo 0.2,3, Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable, Rev. chil. pediatra. v.74 n.4 Santiago jul. 2003
Dimensiones	Resultado, eficiencia y riesgo
Tipo	Proceso

Tabla 16. CALIDAD PERCIBIDA

Criterio	Calidad percibida en la clínica de obesidad
Justificación	La atención centrada en el enfermo constituye uno de los principales objetivos de la atención asistencial Las encuestas de satisfacción son uno de los métodos más utilizados para conocer la calidad percibida por los pacientes y familiares y establecer medidas que permitan mejorar los resultados
Indicador	No de encuestas de satisfacción contestadas / no de pacientes dados de alta de la clínica x 100
Explicación de términos	Calidad Percibida. la calidad percibida es "la opinión del consumidor sobre la superioridad o excelencia de un producto
Población	Familiares o pacientes que egresan de la clínica de Obesidad
Estándar orientativo	80%
Fuentes bibliográficas básicas	Francisco Moraga M.1, María Jesús Rebollo G.1 Pamela Bórquez V.2, Jeannette Cáceres O.4, Carlos Castillo O.2,3, Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable, Rev. chil. pediatra. v.74 n.4 Santiago jul. 2003
Dimensiones	Eficiencia, satisfacción, adecuación y resultado
Tipo	Se recomienda que la encuesta de satisfacción incluya ítems sobre: Condiciones medioambientales Relación con el personal facultativo Calidad de vida

Tabla 17 INVESTIGACIÓN

Criterio	Investigación
Justificación	Cada hospital es un centro potencial de investigación clínica. Es recomendable invertir una parte del tiempo laboral en tareas investigadoras, ya que ello comporta una mejora a corto y medio plazo de la calidad global de un servicio
Indicador	<i>No de ensayos clínicos y proyectos de investigación por año</i>
Explicación de términos	Proyecto de investigación: cualquier estudio de investigación, financiado por organismos comunitarios y/o estatales Ensayo clínico: cualquier estudio de investigación financiado por fuentes externas o internas.
Población	Relación de becas, ensayos clínicos y proyectos de investigación realizados en la clínica de obesidad .
Estándar orientativo	Un ensayo y un proyecto de investigación
Fuentes bibliográficas básicas	His ME, Kattelmann K, Parkhurst M. Evidence-based clinical practice: dispelling the myths. NCP. 2005;20:294-302
Dimensiones	Eficacia
Tipo	Resultados

Tabla 18. PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Criterio	Publicaciones científicas
Justificación	Comunicar sus experiencias y generar conocimiento es una obligación de todo buen profesional El nivel de las publicaciones, medido por los factores de visibilidad, impacto y otros índices bibliométricos, tiene una clara correlación con el nivel de la investigación que se realiza
Indicador	<i>No de publicaciones de la clínica de obesidad por año</i>
Explicación de términos	Publicación científica. Promulgación y difusión de los resultados de la investigación
Población	Pacientes con seguimiento de obesidad
Estándar orientativo	Una publicación por año
Fuentes bibliográficas básicas	Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. PNAS. 2005;16:569-72 International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biochemical journals. NEJM. 1997;336:309-16
Dimensiones	Eficiencia
Tipo	Resultado

Tabla 19. CAPTACIÓN

Criterio	Captación
Justificación	Se debe realizar detección de obesidad a toda la población a partir de los 6 años, que acuden a la consulta externa.
Indicador	<i>No. De niños de más de 6 años con al menos una detección/ no. De personas de 6 o más años que han acudido por lo menos una vez a consulta</i>
Explicación de términos	Detección de obesidad. Diagnóstico precoz de niños con riesgo de obesidad
Población	Población pediátrica que acude a consulta externa
Estándar orientativo	90%
Fuentes bibliográficas básicas	R.A. Lama Morea, A. Alonso Franchb, M. Gil-Camposc, R. Leis Trabazod, V. Martínez Suáreze, A. Moráis Lópezza, J.M. Moreno Villaresf, M.C. Pedrón Ginerg y Comité de Nutrición de la AEP, Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte 1. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra, Asociación española de pediatría, Barcelona 2006
Dimensiones	Eficacia
Tipo	Proceso

Tabla 20. DIAGNÓSTICO

Criterio	Diagnóstico
Justificación	El diagnóstico de obesidad debe establecerse tras comprobar por medio de la medición del peso y la talla que el IMC del escolar se encuentra por arriba del percentil 85 para sobrepeso y por arriba del percentil 95 para obesidad
Indicador	<i>Número de pacientes con criterios para obesidad/Número total de pacientes atendidos X 100</i>
Explicación de términos	Diagnóstico. Identificación de una enfermedad por sus señales, síntomas y resultados de laboratorio
Población	Población atendida en la consulta externa
Estándar orientativo	100%
Fuentes bibliográficas básicas	www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_prostate_sp/glossary.cfm
Dimensiones	Eficacia
Tipo	Proceso

5.7 Población a estudiar

Pacientes que acuden a clínica de obesidad para recibir tratamiento a través del programa 5 pasos del Hospital Infantil de México Federico Gómez

5.8 Criterios de selección

- Pacientes incluidos en el programa 5 pasos
- Con diagnóstico de obesidad o sobrepeso
- Pacientes sin comorbilidad asociada
- Que aceptarán participar en el estudio

5.9 Criterios de exclusión

- Pacientes con obesidad o sobrepeso con patología asociada
- Paciente y familiar de el mismo que no desee participar en el estudio
- Encuestas que no tengan claridad en sus respuestas

5.10 Técnicas e instrumentos de recopilación de la información

5.10.1 Prueba Piloto

Se diseñó una encuesta basada en el modelo de Avedis Donabedian basada en la clasificación de estructura, proceso y resultado adaptada a las características del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Dicho cuestionario tuvo la colaboración de la jefa de servicio de Clínica de Obesidad y la coordinadora del programa 5 pasos y médicos adscritos al servicio de nutriología. Se aplicó la prueba piloto en el mes de junio de 2009 incluyendo un cuestionario con una división para pacientes y el resto para la clínica de obesidad De la prueba piloto se obtuvieron algunas observaciones en las que se incluían cambio en la redacción de los cuestionamientos

5.10.2 Instrumento

Por medio del instrumento *Encuesta para evaluación de la calidad de la atención a escolares con obesidad y sobrepeso* basada en el modelo Avedis Donabedian se

indagaron aspectos de estructura, proceso y resultado relacionados con la clínica de obesidad.

La encuesta consta de cuatro apartados: (anexo 1)

Un apartado sobre datos demográficos como género, lugar de residencia y edad. Se incluyen 4 ítems

Un apartado relacionado con la atención médica inicial con respuestas dicotómicas relacionadas con la calidad percibida, la estructura y el proceso al momento de la admisión. Se incluyen 13 ítems

El modulo de seguimiento en donde se incluyen respuestas dicotómicas y respuestas con 5 opciones en donde se indaga acerca del proceso y la calidad percibida. En este apartado se lleva a cabo la búsqueda de factores relacionados con la atención médica en las consultas subsecuentes. Se incluyen 10 ítems.

El modulo de alta del servicio abarca respuestas dicotómicas de si y no, evaluando los resultados del tratamiento como criterios para el alta del servicio y disminución ponderal relacionada con el establecimiento de metas en el inicio del tratamiento. Se incluyen 3 ítems.

5.10.3 Tamaño de la muestra

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

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

Donde:

N= tamaño de la muestra

z= nivel de confianza

P= probabilidad de éxito

Q= probabilidad de fracaso

N= tamaño de la población

e= error muestral

Supuestos:

Z=1.96 = 95% de confianza

P= 0.5

Q= 0.5

N= 1662

e = 10%

El tamaño de la población se determino de acuerdo a la población atendida en el 2008 como consulta de primera vez.

Por lo tanto:

$$n = \frac{(1.96)^2 (.5)(.5)(1662)}{(0.1)^2 (1662 - 1) + (1.96)^2 (.5)(.5)} = \frac{1595}{17.57} = 90.77 = 91 \text{pacientes}$$

Las entrevistas se realizaron los días miércoles cuando los pacientes salían de la consulta y aguardaban mientras ingresaban a las pláticas informativas, tomando 12 pacientes por semana durante dos meses. Las entrevistas se dirigían en un inicio a

los padres de los niños, sin embargo algunos escolares podían contestar a las entrevistas de acuerdo a la experiencia vivida en el servicio.

6. Análisis de información y resultados

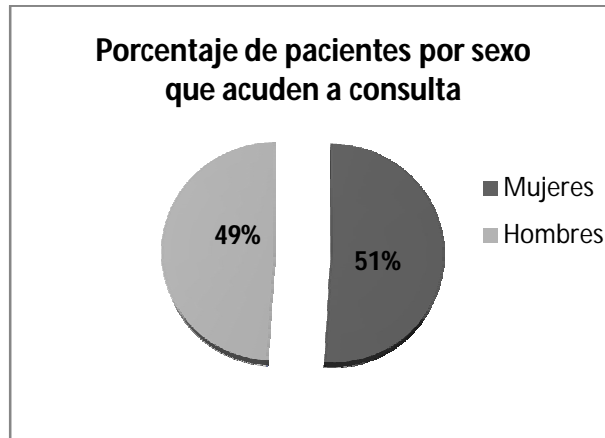
En relación con este estudio se aplicaron 96 encuestas a los usuarios y familiares de la clínica de obesidad del Hospital Infantil de México en el periodo comprendido de Noviembre y Diciembre de 2009 después de haber recibido la consulta de obesidad.

Se pidió el consentimiento del familiar explicando el motivo del cuestionario y haciendo énfasis en la naturaleza de las respuestas las cuales deberán contestarse de forma libre y verídica. A su vez se llevó a cabo la recolección de datos del expediente médico, el cual fue solicitado al área de archivo clínico para su análisis.

Los datos obtenidos se concentraron y analizaron con el apoyo del programa SPSS 16.0, después de haber sido concentrados en una hoja de Excell se llevo a cabo el análisis estadístico, mostrándose en tablas los comparativos.

6.1 Gráficos e interpretación

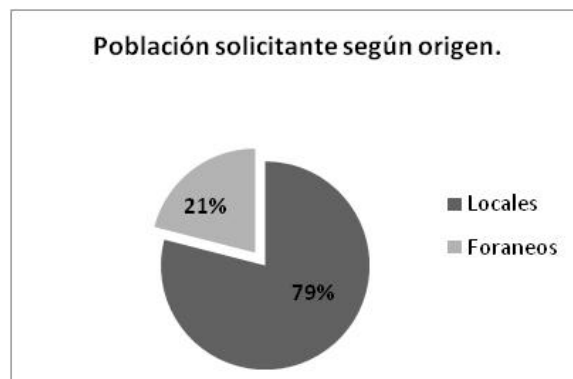
FIGURA 6 PORCENTAJE DE PACIENTES POR SEXO QUE ACUDEN A CONSULTA



Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

De la población estudiada el 51 % corresponde a pacientes del sexo femenino y el 49% corresponden al sexo masculino, cabe señalar que el informe 2008 reveló que el 54.27 del total de pacientes atendidos correspondía al sexo masculino, de acuerdo a esto se puede concluir que en el caso de la clínica de obesidad la población que demanda servicios con mayor frecuencia es la de las niñas.

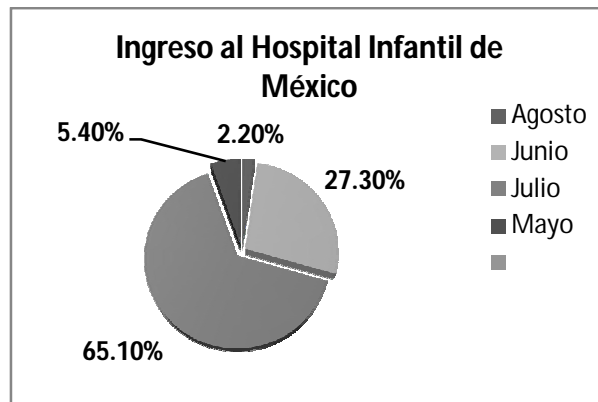
FIGURA 7 POBLACIÓN SOLICITANTE SEGÚN ORIGEN



Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobre peso en la Clínica de Obesidad 2009

El 79% de los pacientes, atendidos en la clínica de obesidad provienen principalmente del Estado de México y del Distrito Federal, mientras que el 21% provienen de los estado en el interior de la república.

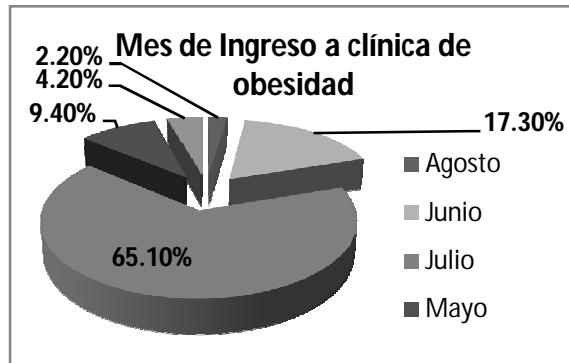
FIGURA 8. MES DE INGRESO AL HOSPITAL



Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

El ingreso de los pacientes al Hospital Infantil de México para recibir atención por primera vez se llevo con un mayor porcentaje en el mes de julio con un 65.1 %, le siguen en orden de frecuencia el mes de junio con un 27.3%, mayo con un 5.4% y finalmente agosto con un 2.2%.

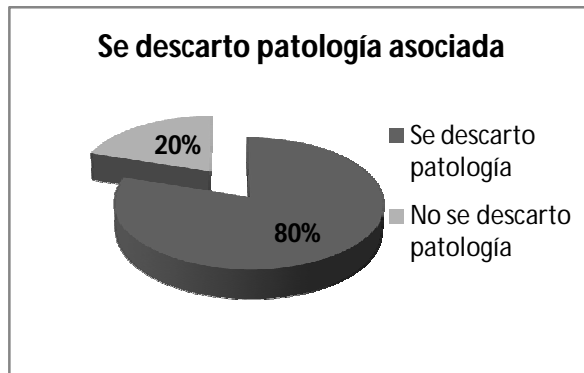
FIGURA 9 MES DE INGRESO A CLINICA DE OBESIDAD



Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

El mes en el que se reportaron mayores ingresos a clínica de obesidad fueron los meses de julio con el 65.1 %, le siguen en orden de frecuencia el mes de junio con el 17.3 mayo con 9.2%, septiembre con 4.2 y agosto con 2.2%.

FIGURA 10. SE DESCARTO PATOLOGIA ASOCIADA



Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

Al ingreso a clínica de obesidad, el 80% de los pacientes fueron sometido a valoración integral para descartar patologías subyacentes y el 20% de éstos no fue valorado, por lo que no se descarto patología concomitante.

FIGURA 11 TIPO DE PERSONAL QUE REALIZA LA VALORACION INICIAL

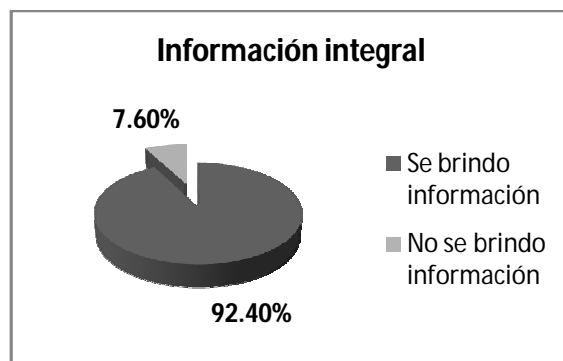


Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

El personal de la salud encargado de llevar a cabo la valoración inicial fue en un 89% licenciados en nutrición, en un 9% médicos pediatras y en un 2% médicos subespecialistas.

Por lo que se puede inferir que la valoración inicial la lleva a cabo personal plenamente capacitado.

FIGURA 12. INFORMACION INTEGRAL

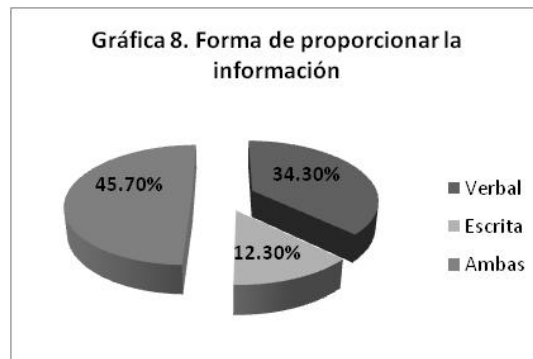


Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

El gráfico 8 muestra el porcentaje de pacientes a los que se les brindó información

integral en la atención inicial, el cual corresponde a un 92.4%, mientras que el 7.6% no recibió información acerca de su tratamiento diagnóstico o seguimiento.

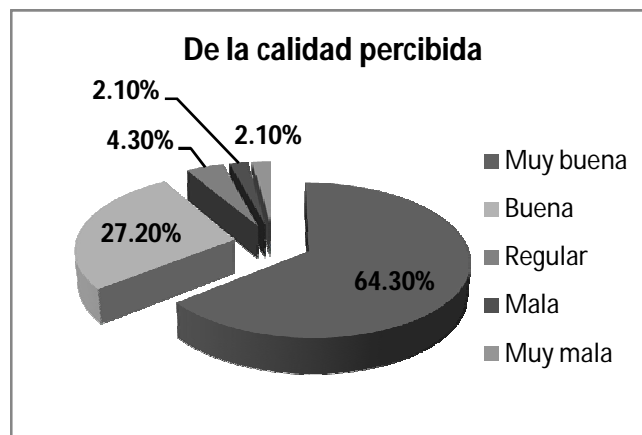
FIGURA 13. FORMA DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN

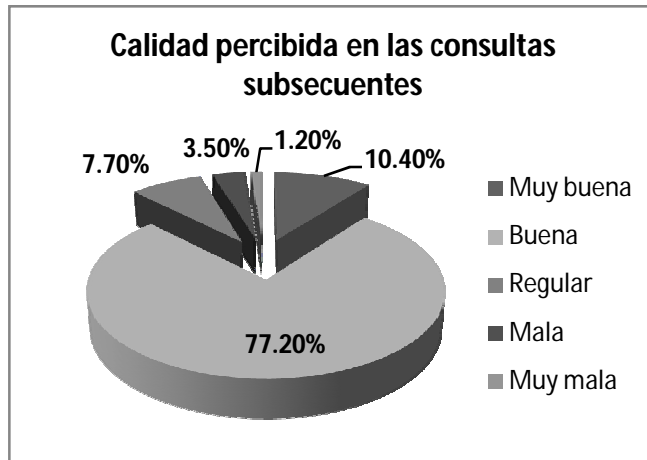


Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

De los 85 pacientes que refirieron haber recibido información, el 45.7% de ellos comentó haberla recibido de forma verbal y escrita, mientras que el 34.3% refirió recibirla de manera verbal. El porcentaje menor que fue de 12.30% la recibió de forma escrita.

FIGURA 14 CALIDAD PERCIBIDA EN LA PRIMERA CONUSLTA CON RELACIÓN A LAS CONSULTAS SUBSECUENTES



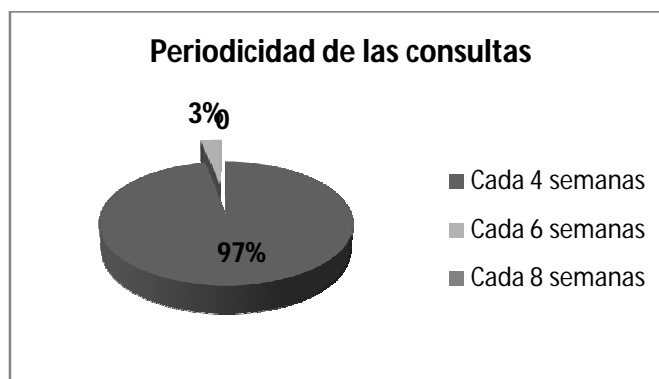


Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

El gráfico muestra los resultados obtenidos al indagar acerca de la calidad percibida por los pacientes, un 64.3% refirió la calidad como muy buena, el 27.20% como buena, el 4.3% como regular y el 2.1 % como mala y muy mala.

Al término del tratamiento los resultados fueron los siguientes: la calidad percibida como buena represento el mayor porcentaje con 77.2%, muy buena con 10.4%, 7.7% como regular, 3.5% como mala y 1.2% como muy mala.

FIGURA 15 PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS

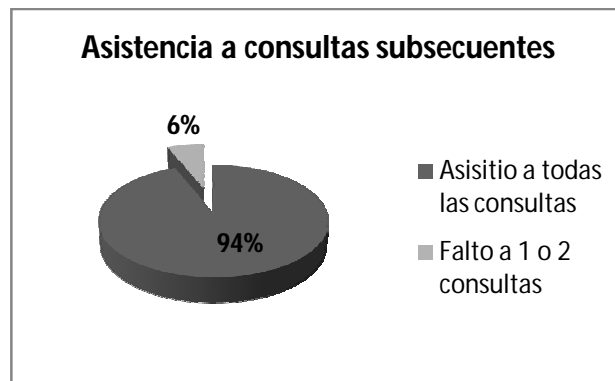


Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y

sobrepeso en la Clínica de Obesidad 2009

El gráfico muestra que la periodicidad de las consultas fue de 4 semanas con un porcentaje de 97% y un 3% de los pacientes refirieron que las consultas habían sido cada 6 semanas.

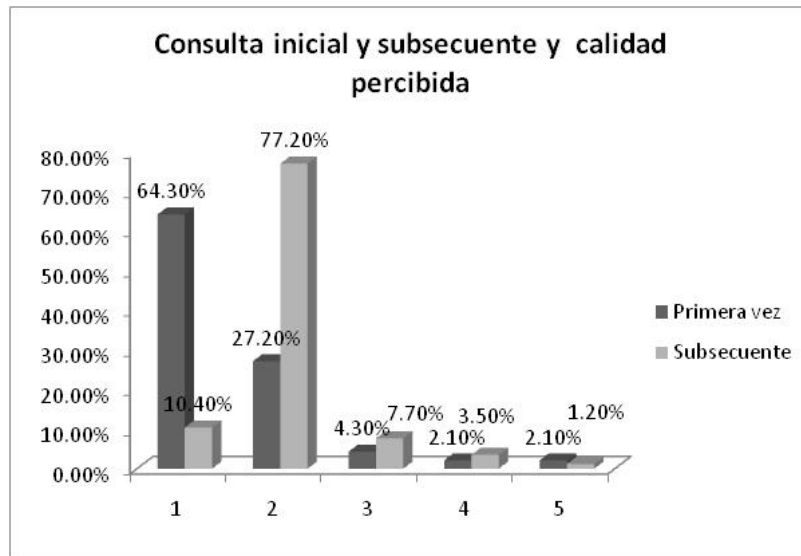
FIGURA 16 PORCENTAJE DE ASISTENCIA A CONSULTAS SUBSECUENTES



Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobre peso en la Clínica de Obesidad 2009

La mayoría de los pacientes se asistió a todas sus consultas programadas (94%) mientras que el 6% faltó a una o dos consultas que en términos de porcentaje representa inasistencia del 33% del total de las consultas programas por el servicio.

FIGURA 17 CALIDAD PERCIBIDA ENTRE LA CONSULTA INICIAL Y SUBSECUENTE



Fuente: Encuesta para la evaluación de la calidad en de la atención a escolares con Obesidad y sobre peso en la Clínica de Obesidad 2009

El gráfico muestra la relación de la calidad percibida y la atención de la evaluación inicial y las consultas subsecuentes, la cual resultó que en la consulta inicial los pacientes percibían la calidad como muy buena y ya en las consultas subsecuentes un porcentaje relativamente alto percibía la atención como buena.

6.2 Validación de Indicadores

En la tabla 7 se describen los indicadores construidos correlacionados con el estándar establecido y lo observado para cada uno.

Tabla 21 Descripción de Indicadores

Indicador	Estandar	Fuente	Cumplimiento
Protocolos clínicos Básicos	2 por año	Entrevista directa	1 por año

Indicador	Estandar	Fuente	Cumplimiento
Identificación de pacientes con comorbilidad asociada.	100%	Entrevista, expediente médico (nota Médica inicial)	73%
Valoración del grado de obesidad	100%	Entrevista, expediente médico (nota médica inicial)	72%
Valoración de medidas antropométricas	95%	Entrevista, expediente médico (nota médica inicial)	95%
Número de consultas subsecuentes	6 consultas por semestre	Entrevista, expediente médico (nota médica subsecuente)	4 consultas por semestre
Documentación y monitorización del tratamiento	95%	Entrevista, expediente médico (nota médica subsecuente)	66%
Asistencia a consultas subsecuentes	90%	Entrevista, expediente médico (nota médica subsecuente)	92%
Cumplimiento del objetivo ponderal	95%	Entrevista, expediente médico (nota médica subsecuente y tarjetas de control)	90%
Calidad percibida	80%	Entrevista, expediente médico (nota médica subsecuente y tarjetas de control)	90%
Investigación	Un ensayo y un proyecto de investigación	Entrevista directa	Ninguno por año
Publicaciones científicas	Una publicación por año	Entrevista directa y soporte documental	Ninguna publicación por año

Indicador	Estandar	Fuente	Cumplimiento
Captación	90%	Entrevista, expediente médico (nota médica subsecuente y tarjetas de control)	70%
Diagnóstico	100%	Entrevista, expediente médico (nota médica subsecuente y tarjetas de control)	100%

En general los valores obtenidos de cada uno de los indicadores en relación al valor estándar establecido muestran un adecuado comportamiento entre ellos. Los valores se conservan por arriba del 60% lo que indica que la calidad con la que se otorga la consulta en la clínica de obesidad resulta favorable con respecto a las actividades clave identificadas en el proceso.

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

La atención otorgada en un hospital de tercer nivel como el Hospital Infantil de México Federico Gómez resulta ser uno de los pilares fundamentales en la atención de enfermedades de alta complejidad, bajo este supuesto, deberá ser evaluada de manera constante enfocada en la calidad con la que se lleva a cabo la atención de los niños.

La elaboración del presente trabajo resulta de suma importancia a la hora de alinear los objetivos del Instituto y determinar que la atención de los niños deber ser evaluada constantemente para poder llevar a cabo acciones de mejora en caso de requerirse.

Con respecto al cumplimiento de los objetivos del presente trabajo se pudo llevar a cabo el desarrollo de elementos que permitieron medir el desempeño de la clínica de obesidad, con lo cual a través de tal medición se obtuvo un diagnóstico de la situación actual en la que se brinda la atención a los niños en la clínica de obesidad.

En general las respuestas obtenidas en el presente estudio muestran que la actividad asistencial del instituto resulta favorable para los fines que se persiguen, sin embargo ha de ponerse especial atención en las actividades que resulten como áreas de oportunidad, para así poder redefinir acciones a considerar para la mejora continua en la atención

Se observó un porcentaje casi igual de niñas y niños que acuden a consulta de obesidad, mientras que la población solicitante según sexo del hospital en general se puede observar que la mayor parte de las consultas otorgadas corresponden a pacientes del sexo masculino, por lo que los datos obtenidos muestran una mayor deserción de niños durante el tratamiento.

Los pacientes que solicitan atención para consulta radican en el área metropolitana, hecho explicable por la periodicidad con la que se programan las consultas. Derivado

de esto resultaría difícil poder asistir a las consultas subsecuentes de no encontrarse en el área metropolitana.

En la atención inicial de los pacientes resulta interesante mencionar que no en todos los casos se lleva a cabo a captación aleatoria de pacientes que pudiesen presentar problemas de obesidad como patología primaria. La transferencia del paciente a la clínica de obesidad no en todos los casos es realizada por un médico por lo que en la mayoría de los casos resulta tardía dicha transferencia y la primera consulta se puede llegar a retrasar hasta dos meses después de la admisión

Así mismo la valoración inicial en ningún caso resulta multidisciplinaria puesto que el paciente sólo es atendido por licenciados en nutrición sin que en el proceso coadyuve personal de la salud como psicólogos, médicos gastroenterólogos o médicos pediatras.

La periodicidad de las citas, en general, fue de cuatro semanas aunque en algunos casos fue de seis ;aún así relacionado con la asistencia de los pacientes a consultas, lo cual muestra que un alto porcentaje de los paciente asistían con regularidad a dichas consultas. Un pequeño porcentaje refiere inasistencia a las consultas por supuestos derivados de su lugar de residencia o condición socioeconómica principalmente. Solo tres pacientes refirieron que no les gustaba asistir a la consulta de nutrición.

Los pacientes refieren haber recibido información integral de su padecimiento y las pautas para el tratamiento; sin embargo en algunas ocasiones la referencia de no saber cuales serán las metas durante el tratamiento se presentan como una constante en las entrevistas. La forma que con frecuencia se menciona como medio de otorgar la información es la manera verbal.

Ahora bien al momento de indagar acerca de la calidad percibida en la atención se puede observar que la mayoría de los pacientes calificaban como muy buena la calidad en la primera consulta, mientras que en las consultas subsecuentes fue incluida como buena. En algunas observaciones hechas por los pacientes se puede

observar que el hecho de exponer que no se observaban mejoras en el tratamiento a pesar de los esfuerzos referidos, redundaban en la inadecuada percepción de la atención.

Se logró obtener la suficiente información acerca del proceso de atención de los niños y se pudo integrar una carta de descripción de procesos la cual resultó una herramienta fundamental en el análisis de las actividades que lo integran.

Por lo que - respecta al análisis comparativo con otras instituciones la tendencia a adoptar el programa de cinco pasos y a modificar los procesos por la estructura organizacional propia de cada institución, resulto no ser factible en este estudio.

En cuanto al objetivo de hacer una discriminación de los indicadores que resultaran más adecuados para monitorear la prestación del servicio, se logro de forma completa, ya que estuvo basado en el consenso del grupo de trabajo, el cual determino las actividades clave de dicho proceso. La aplicación de los indicadores demostró su factibilidad y la adaptabilidad a los servicios correlacionados con clínica de- obesidad como clínica de diabetes u otros que ofrezcan evaluaciones periódicas de los pacientes como parte de la terapéutica.

Se pudo obtener además información suficiente de la calidad con la que se está manejando actualmente la clínica de obesidad, basada en los indicadores propuestos

7.2 Recomendaciones

A continuación se exponen una serie de recomendaciones derivadas de los resultados del presente trabajo en el Hospital Infantil de México Federico Gómez:

- Con respecto a la metodología resulta importante tomar muestras con poblaciones más homogéneas de acuerdo al diagnóstico En este caso el restringir la construcción de indicadores a pacientes con diferentes grados de obesidad, puesto que representan poblaciones con diferentes necesidades.
- Otra recomendación es construir indicadores tomando en cuenta que en el caso de pacientes pediátricos el instrumento para la evaluación puede ser

aplicado al paciente o al familiar, siendo este un elemento de sesgo para el estudio por lo cual se sugiere fortalecer el indicador con instrumentos aplicados únicamente a los usuarios directos.

- Integrar un equipo multidisciplinario en la clínica de obesidad dedicado a la atención de los niños con obesidad y sobrepeso. Lo anterior redundaría en la atención integral que tomara en cuenta los factores socioeconómicos de los pacientes que se atienden y no solamente la parte médica.
- Llevar a cabo la detección de los niños en la consulta externa independientemente si el motivo principal es el sobrepeso o la obesidad. De esta manera se podrán establecer acciones tempranas encaminadas a mejorar la atención en los niños con obesidad y sobrepeso.
- Brindar con regularidad talleres y pláticas informativas que involucren al paciente y su familia en la atención para reforzar la colaboración en el tratamiento.
- Reforzar con el personal encargado de la clínica de obesidad la importancia del trato al usuario con énfasis en la información proporcionada y el conocimiento de los factores socioculturales que intervienen en el apego al tratamiento por parte del paciente y sus familiares.
- Establecer un plan de trabajo que contemple consultas mensuales con el área de nutrición y por lo menos una plática informativa quincenal pretendiendo con esto disminuir el ausentismo en las consultas subsecuentes.
- Integrar a los pacientes de clínica de obesidad en actividades que refuercen su apego al tratamiento, así como el conocimiento de su patología.
- Llevar a cabo evaluaciones periódicas de los resultados obtenidos estableciendo un programa de mejora continua de la calidad, con la finalidad de establecer pautas de mejora continua en todos los procesos de atención de la institución.

- Establecer pautas de colaboración entre los profesionales de la salud que colaboran en la clínica de obesidad con la finalidad de hacer notable la importancia de la medicina basada en evidencias.
- Integrar un equipo multidisciplinario encargado de fomentar el desarrollo de protocolos y publicaciones relacionadas con la atención de menores con obesidad y sobrepeso.
- Promover entre las autoridades la necesidad de capacitación continua de los encargados de la clínica de obesidad.
- Establecer pautas para el desarrollo de metodologías que permitan la mejora continua de la calidad en cada uno de los servicios que presta el Instituto.
- Se puede lograr una mayor confiabilidad en la medición del desempeño tomando en cuenta muestras más grandes de la población.
- Con respecto a la metodología aplicada se puede sugerir extender la metodología y hacer una división de la atención de los niños con obesidad y sobre peso, puesto que representan poblaciones con diferentes necesidades de atención

Referencias Bibliográficas

1. Bacardí Gascon Montserrat, Jiménez Cruz Arturo, Jones E, Guzmán González Virginia. Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 64(6) : 362-369
2. World Health Organization (WHO), Disponible en internet: www.who.int/nut/ and the International Obesity Task Force, www.ietf.org/ Fecha de consulta: Febrero de 2009
3. López-Alarcón MG, Rodríguez-Cruz M. Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. Bol Med Hosp Infant Méx 2008; 65 (6): 421-430.
4. Fernandez Segura ME. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en Pediatría de Atención Primaria. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2005; VII 1:35-45.
5. Bacardí Gascon Montserrat, Jiménez Cruz Arturo, Jones E, Guzmán González Virginia. Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 64(6) : 362-369
6. World Health Organization (WHO) Disponible en internet: , www.who.int/nut/ and the International Obesity Task Force, www.ietf.org/ Fecha de consulta: Febrero de 2009
7. López-Alarcón MG, Rodríguez-Cruz M. Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. Bol Med Hosp Infant Méx 2008; 65 (6): 421-430.
8. Casado Pérez Paloma Indicadores de calidad, Documentos clínicos semergen, 2005.:. 77.
9. Chile, Ministerio de Salud. Situación de salud de Chile 2000. Santiago: Ministerio de Salud; 2002.
10. Perdígón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB Principales motivos de egresos

hospitalarios durante el período 1994-2007. Bol Med Hosp Infant Mex 2009; 66 (1)

11. ISSSTE, Numero de trabajadores según tipo de nombramiento del Distrito federal, Anuario estadístico 2006. Disponible en internet: www.issste.gob.mx/issste/anuarios/ - Fecha de consulta: Marzo 2009
12. Anuario estadístico 2008 HIMFG Disponible en internet: <http://www.himfg.edu.mx/> Fecha de consulta: 16-marzo-2009
13. Hospital infantil de México, Manual de organización, específico, 2006. Disponible en internet: <http://www.himfg.edu.mx/>
14. Hospital infantil de México, pediatría ambulatoria Disponible en internet http://www.himfg.edu.mx/pediatric_amb_mod.html, Fecha de consulta: 23 de Marzo 2009, 12:00pm
15. Informe 2008, Hospital infantil de México Federico Gómez, 73ª Junta de Gobierno, Marzo 2009. Disponible en internet: <http://www.himfg.edu.mx/> Fecha de consulta: 23 de Marzo de 2009, 12:00 pm
16. Constitución política de los estados unidos mexicanos, editorial RAF, México 2007
17. Ley general de Salud, Agenda de salud 2008, edit. Empresa Líder, México 2008
18. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención medica. - , Agenda de salud 2008, edit. Empresa Líder, México 2008
19. Ley Orgánica de la administración pública federal, Esta edición contiene las reformas, modificaciones o adiciones a las disposiciones del citado ordenamiento, hasta la fecha de su última Reforma publicada en el D.O.F. 21 de mayo de 2003.
20. W.Edwards Deming His 14 recomendations Changed the History of Japan and the world. Disponible en internet: www.tpmonline.com/articles_on_total_productive_maintenance/management/deming14steps.htm

Fecha de consulta 9 de Abril de 2009

21. Jiménez Paneque, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública 2004, vol.30, n.1 pp. 0-0
Disponibile en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466. Fecha de consulta: Mayo 2009
22. Ídem
23. Ramírez, Armando m.; Garcia, Javier e. g. de a., Fraustro, Sandra R.. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana. Cad. Saúde Pública 1995, vol.11, n.3 pp. 456-462.
Disponibile en internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300021&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102311X1995000300021. Fecha de consulta: Mayo 2009
24. Carrillo Penso Rogelio, Ensayos de Deming Un legado de Conocimiento del Dr. W. Edwards Deming Creador de la Cultura de Calidad y la Gerencia de Procesos , 1994 : 3 – 16
25. Chandia Vida Yanira Introducción a la Calidad en Salud Enfermera Central de Esterilización Clínica Sanatorio Alemán de Concepción 2006.: 2 -10
26. Rivas Gabriela Estrategias de Calidad y Competitividad Universidad Central de Venezuela Facultad de Ingeniería Escuela de Química Philip Crosby Alvarado, Bárbara, Caracas, Abril de 2006
27. Feingembau, Armand V., Control Total de la calidad, Tercera edición, Editorial CECSA, México,. D.F. 1991. pp. 6 y 7.

28. Rivas, Bárbara Alvarado, Gabriela Estrategias de Calidad y Competitividad
Universidad Central de Venezuela , Facultad de Ingeniería , Escuela de Química
Caracas, Abril de 2006
29. Donabedian A. *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conferencia magistral. Salud Publica Mex 1993;35(3):238-247.*
30. Ramírez, Armando m.; Garcia, Javier e. g. de a., Fraustro, Sandra R.. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana. *Cad. Saúde Pública 1995, vol.11, n.3 pp. 456-462 .*
Disponibile en internet:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300021&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-311X.doi:10.1590/S0102311X1995000300021.
Fecha de consulta: Mayo 2009
31. Donna C.S. Summers Administration de la calidad , C S Summers Donna
Business & Economics : 14 -32 2006 –
32. Jaime Varo, La calidad de la atención médica Dirección médica. Hospital General Universitario. Valencia 2006
33. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I Health administration press. Ann Arbor. Michigan. 1980
34. Donabedian A. prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo en la calidad de la atención. *Rev.Sal.Pub.*, 35 pag:94
35. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex 1998;40:3-12*
36. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alertas sobre introducción de prácticas seguras ya establecidas.
Disponibile en internet: http://www.fadq.org/default_principal.asp?cidioma=2,

Fecha de consulta: 23 de Abril de 2009, 11:05

37. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12
38. A. García de Lorenzo, J. M. Culebras, J. del Llano, P. P. García Luna, M. León, J. C. Montejo, G. Piñeiro, M. Planas y L. Quecedo. *Indicadores de calidad para las Unidades de Nutrición Clínica* Editorial: Elsevier España. Año de edición: 2008
39. Arah O., Westert G., Hurst J., Klazinga N.: A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care (IJQHC)*, Ed. Oxford University Press (OUP), Vol. 18, Supplement 1, Sept. 2006: 5-13.
40. Casado Pérez Paloma *Indicadores de calidad, Documentos clínicos semergen, 2005.: 77*
41. F. Carral San Laureano¹, M.J. Ballesta García, M. Aguilar Diosdado, *Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con diabetes tipo 2 del Área Sanitaria Cádiz-San Fernando Av Diabetol* 2005; 21: 52-57.
42. Donabedian A. Approaches to assessment: what to assess. En: *Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1966;44:167-70.
43. Culebras J, del Llano J, García Luna PP, León M, Montejo JC, Piñeiro G, Planas M, Quecedo L. *Indicadores de calidad para las unidades de nutrición clínica, Sociedad española de Nutrición Parenteral y Enteral, Madrid España 2008*

Bibliografía

1. A. García de Lorenzo, J. M. Culebras, J. del Llano, P. P. García Luna, M. León, J. C. Montejo, G. Piñeiro, M. Planas y L. Quecedo. Indicadores de calidad para las Unidades de Nutrición Clínica Editorial: Elsevier España. Año de edición: 2008
2. Arah O., Westert G., Hurst J., Klazinga N.: A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care (IJQHC)*, Ed. Oxford University Press (OUP), Vol. 18, Supplement 1, Sept. 2006: 5-13.
3. Anuario estadístico 2008 HIMFG
Disponibile en internet: <http://www.himfg.edu.mx/>
Fecha de consulta: 16-marzo-2009
4. Bacardí Gascon Montserrat, Jiménez Cruz Arturo, Jones E, Guzmán González Virginia. Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad Bol Med Hosp Infant Mex 2007; 64(6) : 362-369
5. Carrillo Penso Rogelio, Ensayos de Deming Un legado de Conocimiento del Dr. W. Edwards Deming Creador de la Cultura de Calidad y la Gerencia de Procesos , 1994 : 3 – 16
6. Casado Pérez Paloma Indicadores de calidad, Documentos clínicos semergen, 2005.: 77.
7. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alertas sobre introducción de prácticas seguras ya establecidas.
Disponibile en internet: http://www.fadq.org/default_principal.asp?cidioma=2,
Fecha de consulta: 23 de Abril de 2009, 11:05
8. Constitución política de los estados unidos mexicanos, editorial RAF, México 2007
9. Culebras J, del Llano J, García Luna PP, León M, Montejo JC, Piñeiro G, Planas M, Quecedo L. Indicadores de calidad para las unidades de nutrición clínica,

Sociedad española de Nutrición Parenteral y Enteral, Madrid España 2008

10. Chandia Vida Yanira Introducción a la Calidad en Salud Enfermera Central de Esterilización Clínica Sanatorio Alemán de Concepción 2006.: 2 -10
11. Chile, Ministerio de Salud. Situación de salud de Chile 2000. Santiago: Ministerio de Salud; 2002.
12. Donna C.S. Summers Administration de la calidad , C S Summers Donna Business & Economics : 14 -32 2006 -
13. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I Health administration press. Ann Arbor. Michigan. 1980
14. Donabedian A. prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo en la calidad de la atención. Rev.Sal.Pub., 35 pag:94
15. Donabedian A. *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conferencia magistral. Salud Publica Mex 1993;35(3):238-247.*
16. Donabedian A. Approaches to assessment: what to assess. En: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966;44:167-70.
17. Fernandez Segura ME. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en Pediatría de Atención Primaria. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2005; VII 1:35-45.
18. F. Carral San Laureano¹, M.J.Ballesta García, M. Aguilar Diosdado, Evaluación de la calidad asistencial en pacientes con diabetes tipo 2 del Área Sanitaria Cádiz-San Fernando Av Diabetol 2005; 21: 52-57.
19. Feingembau, Armand V., Control Total de la calidad, Tercera edición, Editorial CECSA, México,. D.F. 1991. pp. 6 y 7.
20. Jiménez Paneque, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública 2004, vol.30, n.1 pp. 0-0 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

Fecha de consulta: Mayo 2009

21. Hospital infantil de México, padiatría ambuatoria

Disponible en internet http://www.himfg.edu.mx/pediatria_amb_mod.html,

Fecha de consulta: 23 de Marzo 2009, 12:00pm

22. Hospital infantil de México, Manual de organización, específico, 2006.

Disponible en internet: <http://www.himfg.edu.mx/>

23. Informe 2008, Hospital infantil de México Federico Gómez, 73^a Junta de Gobierno, Marzo 2009.

Disponible en internet: <http://www.himfg.edu.mx/>

Fecha de consulta: 23 de Marzo de 2009, 12:00 pm

24. ISSSTE, Numero de trabajadores según tipo de nombramiento del Distrito federal, Anuario estadístico 2006.

Disponible en internet: www.issste.gob.mx/issste/anuarios/ -

Fecha de consulta: Marzo 2009

25. Ley general de Salud, Agenda de salud 2008, edit. Empresa Líder, México 2008

26. Ley Orgánica de la administración pública federal, Esta edición contiene las reformas, modificaciones o adiciones a las disposiciones del citado ordenamiento, hasta la fecha de su última Reforma publicada en el D.O.F. 21 de mayo de 2003

27. López-Alarcón MG, Rodríguez-Cruz M. Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. Bol Med Hosp Infant Méx 2008; 65 (6): 421-430.

28. Perdigón-Villaseñor G, Fernández-Cantón SB Principales motivos de egresos hospitalarios durante el período 1994-2007. Bol Med Hosp Infant Mex 2009; 66 (1)

29. Ramírez, Armando m.; Garcia, Javier e. g. de a., Fraustro, Sandra R.. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: un modelo para la realidad mexicana. Cad. Saúde Pública 1995, vol.11, n.3 pp. 456-462 .

Disponible en internet:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300021&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102311X1995000300021.

Fecha de consulta: Mayo 2009

30. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12
31. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención medica. - , Agenda de salud 2008, edit. Empresa Líder, México 2008
32. Rivas Gabriela Estrategias de Calidad y Competitividad Universidad Central de Venezuela Facultad de Ingeniería Escuela de Química Philip Crosby Alvarado, Bárbara, Caracas, Abril de 2006
33. Varo Jaime, La calidad de la atención médica Dirección médica. Hospital General Universitario. Valencia 2006
34. W. Edwards Deming, His 14 recommendations Changed the History of Japan and the world.

Disponible en internet:

www.tpmonline.com/articles_on_total_productive_maintenance/management/deming14steps.htm

Fecha de consulta: 9 de abril de 2009

35. World Health Organization (WHO),

Disponible en internet: www.who.int/nut/ and the International Obesity Task Force, www.iof.org/

Fecha de consulta: Febrero de 2009

Anexo 1

**Hospital Infantil de México Federico Gómez
Instituto Nacional de Salud
Encuesta para evaluación de la calidad de la atención a escolares con
Obesidad y sobrepeso en la Clínica de Obesidad**

Datos de identificación

1. Registro:
2. Sexo: Masculino () Femenino()
3. Edad: - años
4. Lugar de residencia: Área metropolitana () Interior de la república ()

Datos relacionados a la atención médica inicial:

5. Mes de Ingreso al Hospital por primera vez:
6. Mes de Ingreso a Clínica de Obesidad:
- 7.- Quién lo canalizó a clínica de Obesidad
 - A. Médico tratante
 - B. Otro personal de salud
 - C. Usted solicito la referencia
 - D. Por referencia del segundo nivel
 - E. Por referencia de algún otro Especifique
8. Se solicitaron estudios para descartar otras enfermedades
 - A. Si
 - B. No (Pase a la 10)
- 9.- Se confirmo enfermedad asociada A. Si
 - B. No
- 10.- Cual fue el diagnóstico a su ingreso a la clínica A. Sobrepeso
 - B. Obesidad grado I
 - C. Obesidad grado II
 - D. Obesidad grado III

11.- Que personal de salud llevo a cabo la valoración al ingreso a la clínica

- A. Médico Pediatra
- B. Lic. Nutrición
- C. Médico Subespecialista

12. Se le informó sobre las características del padecimiento y la naturaleza del tratamiento

- A. No (Pase a la 14)
- B. Si

13 () La forma en la que fue otorgada la información Verbal

- A. Escrita
- B. Ambas
- C. Otra especifique

14. () Se establecieron objetivos del tratamiento

- A. Si
- B. No

15. () Tipo de medidas utilizadas en su tratamiento

- A. Incremento de ingesta de frutas y verduras
- B. Incrementar la ingesta de líquidos
- C. Incrementar la actividad física
- D. Todas las anteriores

16. () Fue informado ampliamente acerca del involucramiento del niño y la familia e la modificación de hábitos y estilos de vida.

- A. Si
- B. No

17. () La atención que se otorgo en la atención inicial fue

- A. Muy buena 0
- B. Buena
- C. Regular
- D. Mala
- E. Muy mala

Seguimiento

18. () ¿En cuantas semanas fue programada su próxima cita?
A. 2 semanas B. 4 semanas C. 6 semanas D. 8 semanas
E. Otro especifique ()
19. Se llevo a cabo la toma de medidas antropométricas en las consultas Subsecuentes
A. Si
 Cuales
 a) Peso
 b) Talla
 c) Circunferencia Abdominal
 d) Determinación de IMC
B) No
20. () Se llevo a cabo la evaluación del entendimiento y aplicación de las medidas para el seguimiento de la alimentación correcta.
A. Si
B. No
21. () Se entregó un podómetro y una hoja de registro de actividad física diaria
A. Si
B. No
22. () Se llevo a cabo la realización de una prueba de esfuerzo en las consultas subsecuentes
A. Si
B. No
23. () Las consultas subsecuentes fueron realizadas por
A. Médico Pediatra
B. Licenciado en Nutrición
C. Médico residente
D. Médico subespecialista
24. () El personal de salud valoro íntegramente aspectos de:

- A. Ingesta de verduras (la ingesta debe ser superior al número inicial)
 - B. Ingesta de fruta (la ingesta debe ser superior al número inicial)
 - C. Ingesta de agua (Se interroga el número de vasos al día)
 - D. Actividad física (Se analiza la hoja de actividad física diaria)
- 25.() De las consultas programadas, a cuantas faltado
- A. Ninguna
 - B. 50%
 - C. 100%
- 26.() Se le informo a usted y al niño sobre los logros alcanzados
- A. Si
 - B. No
27. () La atención que se otorgo en la atención subsecuente fue
- A. Muy buena
 - B. Buena
 - C. Regular
 - D. Mala
 - E. Muy mala
- 28.- () Médico que establece el alta del servicio
- A. Médico Pediatra
 - B. Licenciado en Nutrición
 - C. Médico residente
 - D. Médico subespecialista
29. () La valoración clínica para el alta del servicio contempla.
- a) La modificación de hábitos alimenticios
 - b) Disminución de índice de Masa Corporal
 - c) Modificación de actividad física
 - d) Adopción de un nuevo estilo de vida
30. () Se llevo a cabo la transferencia a un 2do nivel para el seguimiento
- A. Si
 - B. No
31. () ¿Cuántas consultas tuvo a lo largo de su tratamiento?

Propuesta de indicadores de Calidad en la atención de escolares con obesidad

en un Hospital Infantil.

Miriam G. Herrera Segura

.A 6

B. 5

C.4

D. 3

E. 2

F. 1

Observaciones