

Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA Y
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DR. EDUARDO LICEAGA

*Calidad de la atención en el Centro Integral de Epilepsia en consulta externa del servicio de
Pediatria del Hospital General de México*

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

PRESENTA:

ALEJANDRA GABRIELA ARELLANO ZERMEÑO

ASESORA DE TESIS

DRA CLAUDIA ALEJANDRA SAINOS RAMIREZ
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



MEXICO, DF.

2012



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

*Calidad de la atención en el Centro Integral de Epilepsia en consulta externa del servicio de
Pediatria del Hospital General de México*

DR. LINO EDUARDO CARDIEL MARMOLEJO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN PEDIATRIA

TUTORA DE TESIS

DRA. CLAUDIA ALEJANDRA SAINOS RAMÍREZ

ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIATRICA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A toda mi familia por su apoyo, en especial a Omar mi esposo por su apoyo incondicional a lo largo de la residencia, contribuyendo a lograr mis metas y objetivos propuestos al iniciar esta y que me acompaño a lo largo de este camino.

Agradezco infinitamente a todos mis profesores en especial al Dr. Francisco Mejía Covarrubias por darme la oportunidad de realizar la residencia en esta unidad y por su apoyo desde el comienzo de este ciclo. A la Dra. Claudia Alejandra Sainos Ramírez por su paciencia y dedicación a la enseñanza en esta unidad y por motivarme para continuar aprendiendo y mejorar.

A mis amigos y compañeros por todos los momentos difíciles y también buenos que compartimos, así como sus enseñanzas.

INDICE

I.	<i>Abreviaturas</i>	5
II.	<i>Índice de tablas.</i>	6
III.	<i>Índice de figuras</i>	5
IV.	<i>Índice de graficas</i>	7
V.	<i>Resumen</i>	10
1.	ANTECEDENTES	10
1.1	<i>Introducción</i>	11
1.2	<i>Componentes de la calidad asistencial</i>	11
1.3	<i>Calidad máxima versus calidad optima</i>	12
1.4	<i>Motivación para la mejora de calidad</i>	13
1.5	<i>Atención en Pediatría</i>	13
1.6	<i>Evaluación de la calidad</i>	15
1.7	<i>Metodología de la evaluación de la calidad asistencial</i>	16
1.8	<i>La aplicación práctica de la mejora de la calidad</i>	18
1.9	<i>Evaluación de los grados de calidad de los centros</i>	19
1.10	<i>La relación de la calidad con el individuo y sociedad</i>	20
1.11	<i>La calidad asistencial y su relación con la ética</i>	20
1.12	<i>Calidad asistencial y su relación con los costes.</i>	21
2.	JUSTIFICACION	24
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
4.	HIPOTESIS	25
5.	OBJETIVOS	25
5.1	<i>Objetivos generales.</i>	25
5.2	<i>Objetivos secundarios.</i>	26
6.	MATERIAL Y METODO	26
7.	RESULTADOS	29
8.	DISCUSION	48
9.	CONCLUSIONES	49
10.	BIBLIOGRAFIA	48
11.	ANEXOS	50

Abreviaturas

CAIE Centro de atención integral de epilepsia

HGM Hospital General de México

OMS Organización Mundial de la Salud

SPSS Programa Estadístico para Ciencias Sociales

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

DIF Desarrollo Integral Familiar

DDF Departamento del Distrito Federal

SSA Secretaria de Salud

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Correlación entre calidad y cantidad	21
<i>Figura 2</i> Correlación entre beneficio sanitario y los recursos utilizado	22

INDICE DE TABLAS

	Pagina
Tabla 1. Variables a evaluar en la calidad	15
Tabla 2. Distribución de las variables a evaluar	26
Tabla 3. Persona que contesta la encuesta	28
Tabla 4. Genero del encuestado	29
Tabla 5. Edad del encuestado	30
Tabla 6. Escolaridad del encuestado	31
Tabla 7. Edad de inicio de la epilepsia	32
Tabla 8. Medico que realiza el diagnostico y manejo inicial.	33
Tabla 9. Unidades de salud a donde acudió previo al CAIE.	34
Tabla 10. Tiempo entre el inicio de la epilepsia y el diagnostico	35
Tabla 11. Medico que realizo el diagnostico definitivo	36
Tabla 12. Como llego al CAIE.	37
Tabla 13. Variables de calidad en la atención a evaluar en el medico	41
Tabla 14. Evaluación de la estructura. Servicios Adicionales.	44
Tabla 15. Tiempos de espera	45

INDICE DE GRAFICAS

	Pagina
Grafica 1. Calidad de la atención del médico.	37
Grafica 2. Trato del médico.	38
Grafica 3. Amabilidad del médico.	39
Grafica 4. Presentación del médico.	39
Grafica 5. Conocimientos del médico.	40
Grafica 6. Calidad del tiempo de dedicado a la consulta.	40
Grafica 7. Explicación de la enfermedad.	41
Grafica 8. Atención del personal de enfermería.	42
Grafica 9. Atención del personal administrativo.	42
Grafica 10. Iluminación del centro.	43
Grafica 11. Limpieza del centro.	43
Grafica 12. Atención del personal de Vigilancia del centro.	44
Grafica 13. Calidad de las salas de espera.	44
Grafica 14. Tiempo de espera de consulta.	45

Resumen:

Desde 1980 Avedis Donabedian propuso una definición para la calidad de atención en el ámbito de salud. Cada vez es más frecuente que se evalúe en las unidades de salud la calidad de la atención brindada, con esto se busca identificar las necesidades de salud de la población, de una forma total y precisa y destinar los recursos necesarios de forma oportuna y efectiva. El problema de su evaluación radica en determinar qué atributos son sus componentes, establecer una unidad de medida para cada uno de ellos, desarrollar un sensor que los mida y fijar unos valores estándar que permitan emitir juicios, tras su comparación con aquéllos, acerca de la bondad de un acto médico

Los estudios de diversas organizaciones sanitarias (la OMS, la American Public Health Association, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals) y múltiples trabajos presentes en la literatura médica permiten identificar diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad.

Entre ellas las más relevantes son: Efectividad, eficiencia, adecuación, competencia profesional, calidad científico-técnica, disponibilidad, continuidad y aceptabilidad.

Para evaluar la calidad en el CAIE de la unidad de Pediatría de nuestro Hospital, se realizó un estudio descriptivo prospectivo, el universo estuvo conformado por 52 padres de niños y niñas con epilepsia de todas las edades desde recién nacidos hasta 17 años, 11 meses, y por profesionales de la atención en el centro de atención integral de epilepsia, vinculados directamente con la asistencia a esta población infantil, a este grupo se les aplicó una encuesta de 13 preguntas donde se identificaron edad y sexo de los padres del grupo de pacientes de epilepsia, su nivel educativo y se aplicaron diversas preguntas en cuanto a la calidad brindada por el especialista así como evaluación de la estructura de la unidad el análisis de datos recopilados se realizó por medio del programa Excel y SPSS.

La mayoría de las personas que respondieron la encuesta (90%) fueron los padres de los pacientes, la edad promedio de los encuestados fue de los 31 a más de 46 años. El nivel educativo de los encuestados en la mayoría no superó el nivel medio superior.

Las edades de mayor incidencia de inicio de la enfermedad fue en lactantes con 36.5% de los casos,

En cuanto a la accesibilidad se tomaron en cuenta los siguientes puntos: como llego al centro de atención y tiempo de espera. La mayoría de los pacientes acudieron a esta unidad por iniciativa propia 36.5% la mayoría acudía previamente a otras unidades de atención de salud (Privadas, IMSS, SSA, DIF, DDF), y la atención inicial fue dada por médicos generales en el 36.5% en el 63% de los casos el diagnostico se confirmo hasta recibir atención por el neurólogo pediatra, además se evaluó a los profesionales encargados de la atención de la clínica de epilepsia en cuanto a la atención, trato, amabilidad, presentación, conocimientos, explicación de la enfermedad al paciente y tiempo dedicado a la consulta.

El 99 % califico la atención prestada por el médico como buena. En cuanto a la satisfacción en la atención recibida el 96.1% refirió estar satisfecho, 3.8% no contestaron la pregunta, y no se reporto ninguno inconforme. Solamente un encuestado equivalente al 1.9% refirió la necesidad de buscar otro centro de atención, el 94.2% no buscaría otro centro. De acuerdo a los resultados de las encuestas realizadas la calidad de la atención en este centro es percibida como buena, sobre todo en el aspecto de la atención brindada por el médico tratante, la mayoría de los pacientes están satisfechos con la atención brindada y no buscarían otro sitio de atención. No se observo relación en la edad, sexo y nivel educativo de los encuestados en cuanto a la alteración de la percepción de la calidad como se menciona en algunos casos en la literatura, incluso a pesar de que en la mayoría de los casos el nivel educativo no supera el nivel medio superior.

1. Antecedentes

1.1 Introducción:

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica 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" (1).

Saturno y cols. dicen: "La calidad de la atención sanitaria consiste en la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario" (2)

Años más tarde, concretamente 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" (3). 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 cómo 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".

1.2 COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El **componente técnico**, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un

problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

Por otra parte, el **componente interpersonal**, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los **aspectos de confort**, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye (4):

- *Efectividad*: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- *Eficiencia*: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- *Accesibilidad*: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- *Aceptabilidad*: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- *Competencia profesional*: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

1.3 CALIDAD MAXIMA *versus* CALIDAD ÓPTIMA

Es importante diferenciar el significado de **calidad máxima** y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución. Representa como es lógico un *desideratum*, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la **calidad óptima**, es decir aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible

atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable.

1.4 MOTIVACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio.

Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, el cual sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás (5).

Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales.

Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez se haya diseñado el sistema de medida que haga posible una rigurosa evaluación. Este concepto es esencial en el desarrollo de la calidad asistencial ya que introduce un matiz de extrema importancia como es el de que si la calidad debe planificarse, su responsabilidad máxima corresponde a las personas que realizan la planificación es decir a la alta dirección.

Otras contribuciones importantes fueron las de Deming, Crosby, Ishikawa, que han tenido una significación decisiva en la aplicación de la calidad de la atención de la salud en los últimos diez años.

1.5 ATENCION EN PEDIATRIA

La atención pediátrica es la acción realizada por el médico pediatra (proveedor) que responde a la inquietud de otra persona (madre/padre del niño). Es efectiva cuando, de acuerdo a quién recibe el beneficio, “la acción logra satisfacer su inquietud” (6)

La calidad en las instituciones de salud es considerada la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicas óptimas. Es un proceso constante y permanente porque es total, y como tal está presente en todas las partes del proceso de atención médica. Los servicios prestados tienen características intangibles y en ese sentido se consideran dos tipos de calidad:

a) *calidad técnica* que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que maximice los beneficios de salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención y de este modo garantizar al usuario el pleno bienestar;

b) *calidad sentida* que alude a la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios después de utilizar los servicios de una institución. La misma reside en la subjetividad de los usuarios y se relaciona con la entrega amable de los servicios con un contenido técnico.

Los pediatras, además de conocer y comprender las expectativas de los padres de sus pacientes, debemos encontrar los códigos perceptivos utilizados por ellos para juzgar si se está cumpliendo efectivamente con la oferta de valor prometida y lo que los padres esperan como satisfacción de sus necesidades sentidas. Un servicio óptimo cumple cabalmente con lo que se ofrece y satisface en plenitud las expectativas del usuario. En un nivel mínimo, el servicio soluciona el motivo de consulta principal.

Es necesario que exista un compromiso de los pediatras para lograr y mantener la atención de calidad al niño. En otras palabras, se deben fortalecer los valores compartidos, vivirlos día a día y renovarlos en forma grupal. Hacer bien un trabajo, humaniza a las personas porque le da sentido a su quehacer diario. Prestar un servicio de la mejor manera supone perseverancia. Este valor es uno de los pilares de la calidad (7).

De acuerdo a la psicología, la percepción corresponde a una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva (8). En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es dominante. El conocimiento de lo que sienten los usuarios acerca del servicio que se les brinda es muy importante porque es la base para establecer la accesibilidad a la consulta pediátrica. Además de conocer y comprender las expectativas de los padres de sus pacientes, debemos encontrar los códigos perceptivos utilizados por ellos para juzgar si se está cumpliendo efectivamente con la oferta de valor prometida y lo que los padres esperan como satisfacción de sus necesidades sentidas.

Es necesario conocer lo que piensa el usuario acerca del servicio prestado porque dicha información permite a los directivos tomar decisiones que sostengan la calidad del mismo y a la vez considerar las repercusiones en el bienestar de la salud de los usuarios. Mejorar la calidad significa el mejoramiento de las relaciones. Puesto que la organización de los servicios es un proceso y éste está constituido por relaciones, la mayor parte de las causas de la baja calidad, están en el sistema y no en las personas. Si se quisiera cambiar la forma de cómo trabajan las personas es necesario cambiar las relaciones. La filosofía de la calidad se fija en los procesos y no solamente en los resultados. Un principio fundamental de la calidad es que las personas se desarrollan, se humanizan y humanizan el trabajo cuando participan activa y colectivamente en el mejoramiento de los procesos de dicho trabajo.

1.6 EVALUACION DE LA CALIDAD

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, con esto, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

El problema de su evaluación radica en determinar qué atributos son sus componentes, establecer una unidad de medida para cada uno de ellos, desarrollar un sensor que los mida y fijar unos valores estándar que permitan emitir juicios, tras su comparación con aquéllos, para fines prácticos de este trabajo tomamos en cuenta las siguientes características definidas por los

usuarios que representan la calidad lo cual se basa en el modelo desarrollado por Donabedian y toma en cuenta lo siguiente: características del **proceso** de atención (procedimientos y acciones realizadas en la consulta), del **resultado** (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención) recibida , de la **estructura** (comodidades, instalaciones físicas, organización), y de la **accesibilidad** (características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención).

La accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales, incluso en una forma de evaluar el desempeño de los prestadores de servicios de salud

La calidad de la atención médica es una propiedad que, en distinto grado, puede tener un acto concreto de asistencia sanitaria; es, por tanto, una variable continua que puede registrar diversos valores.

Accesibilidad	Estructura (existencia y atributos)	Proceso y	Dimensión del resultado
Costo	Recursos humanos	Acciones de revisión diagnóstico	de Mejoría en estado y de salud
Tiempo de espera	Materiales	Continuidad de la atención	Tratamiento adecuado.
Organización (fichas, horarios de atención)	Equipos	Trato personal	Recibió o no la atención esperada
		Tiempo de consulta corto	

Tabla 1. Variables a evaluar en la calidad de la atención.

1.7 METODOLOGIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos.

Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario.

Debe resaltarse que si bien la gestión contempla los objetivos de la misma como su herramienta más importante, los programas de calidad trabajan a base de estándares.

Debe hacerse hincapié en que la calidad de la asistencia, si bien todos los profesionales tienen su parte, es responsabilidad compartida con la institución y con la dirección del centro.

En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en:

- Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta.
- Compararla con la que estamos realizando.
- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas.
- Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos.
- Comprobar si estos cambios son eficaces.

Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas:

- **Problemas derivados de la falta de conocimientos**, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (Por ejemplo.: los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad, etcétera.) Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización.
- **Problemas derivados de déficits organizativos**, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información.
- **Problemas de actitud** derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del *burn-out* (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación.

De ahí que los expertos en calidad propugnen, en consecuencia con estos conceptos, el logro de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora, derivado de la experiencia japonesa, expresado con claridad en la frase "hacerlo bien a la primera"

1.8 LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD:

EL DISEÑO DE PLANES DE CALIDAD

Los planes de calidad pretenden una serie de finalidades entre las cuales destacan cuatro principales (9). En primer lugar el lograr el óptimo **beneficio de la atención** de cada usuario a través de la práctica de los profesionales por medio de los estudios de proceso y de resultado. Asimismo, el **minimizar los riesgos** que la asistencia comporta, garantizando la seguridad y procurando obtener un buen balance riesgo/beneficio, tratando de evitar accidentes o causado por la propia asistencia. Otra finalidad que se persigue es la obtención de la **eficiencia en el uso de los recursos** destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costes/resultados; en definitiva, conseguir este beneficio con los recursos mínimos. Por último garantizar el **confort y respeto al derecho de los usuarios**, por medio del cumplimiento de las

expectativas de los mismos, prestando los servicios en último término de forma satisfactoria para la población (12).

Existen diferentes formas de abordar un programa de calidad pero en síntesis puede decidirse trabajar:

- Con un enfoque por problemas, es decir realizando una lista de los aspectos susceptibles de mejora, priorizarlos y abordarlos progresivamente.
- Mediante sistemas de monitorización, evaluando periódicamente a través de indicadores los aspectos considerados cruciales de la atención (tanto si creemos que actualmente lo estamos haciendo bien como si pensamos que puede haber problemas). Este segundo enfoque requiere una mayor complejidad metodológica y de recursos pero permite una visión más globalizada de la situación (13).

Las diferentes formas organizativas los programas que pueden adoptarse (comisiones, grupos de mejora, círculos de calidad.) dependen del tipo de enfoque del programa y de los objetivos que se fijen en cada momento.

1.9 EVALUACION DE LOS GRADOS DE CALIDAD DE LOS CENTROS

Puede establecerse una graduación del conocimiento de los centros respecto a la calidad de poseen. Estos grados pueden dividirse en las siete siguientes categorías, escalonadas según más o menos conocimiento de su problemática:

- 6.- Existen centros que saben porque no tienen problemas.
- 5.- Existen centros que saben resolver problemas antes de que se presenten.
- 4.- Existen centros que saben organizar la corrección sistemática de los problemas.
- 3.- Existen centros que corrigen los problemas cuando se presentan.
- 2.- Existen centros que saben por qué hay problemas pero no saben resolverlos.
- 1.- Existen centros que saben que hay problemas pero no saben por qué
- 0.- Existen centros que no saben que en realidad hay problemas.

1.10 LA RELACION DE LA CALIDAD CON EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD

A pesar de que han sido muy importantes las aportaciones de los sistemas de calidad industrial al modelo de atención a las personas, es interesante señalar una serie de consideraciones de la atención en relación, tanto al cliente como a la sociedad, las cuales diferencian claramente ciertas características de la gestión de la calidad en este ámbito respecto de aquellas propias del ámbito industrial. De una parte, los profesionales de la atención no son sólo proveedores de satisfacción para los usuarios, sino que también aseguran la correcta atención por medio de los aspectos de la calidad técnica, de la máxima importancia. De hecho, el usuario establece con el profesional una relación fiduciaria, es decir, basada en la asunción de que el profesional obrará de la manera más adecuada y le aconsejará sobre lo que más le convenga (10).

Cabe decir que la relación interpersonal que se establece en la atención a las personas es especialmente compleja ya que se produce en unos momentos en que están en juego valores muy importantes de la persona (vida, autonomía, dignidad, etc.), aspectos éstos que deben cuidarse especialmente. De otra parte, no debe olvidarse que el usuario o su familia, en virtud de su derecho emanado del principio de autonomía, tiene la capacidad de participar en el proceso, lo cual establece una responsabilidad compartida con los profesionales en relación a los resultados obtenidos.

Por lo que hace referencia a las relaciones con la sociedad debe resaltarse que, al menos en la atención pública, deben utilizarse los recursos de una forma equitativa, de tal manera que la distribución de la atención sea lo más justa posible. De ahí que la necesidad de interrogarse constantemente sobre si el balance coste-beneficio de la actividad asistencial o de cada procedimiento, es el adecuado.

1.11 LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SU RELACION CON LA ÉTICA

Estos dos últimos conceptos sientan las bases para considerar la dimensión ética de la garantía de calidad que debemos a nuestros usuarios. En efecto, las consideraciones de hacer el máximo bien, el no hacer daño, el permitir la máxima soberanía de decisión en aquellos temas que le atañen -y no hay nada que atañe mas a una persona que su propio cuerpo y su propia vida- y procurar el bien de la comunidad, devienen un imperativo ético.

En este panorama el desarrollo de la metodología de la bioética está jugando un papel muy importante. La definición de los principios básicos y su correlación ha representado un

instrumento de valor inapreciable en el ámbito de la calidad y la gestión de los servicios a las personas (11). Además, a partir de la formulación de la bioética, la eficiencia se convierte no sólo en el mejor sistema de controlar costes sino en un imperativo ético para profesionales y gestores, ya que es la única forma de garantizar el principio de justicia. No se trata sólo de hacer lo mejor posible al mínimo coste para ahorrar o aumentar beneficios, sino porque el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos. La bioética constituye en consecuencia un marco global de capital importancia que permite establecer un sistema de valores para discutir las decisiones. De este modo, la bioética se convierte en el método para establecer criterios de calidad de la atención tanto de la vertiente asistencial, como de la gestión de los centros, que con posterioridad, podrán evaluarse y mejorarse siguiendo la metodología de la mejora continua de la calidad.

1.12 LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SU RELACION CON LOS COSTES

Se ha demostrado que los costes de la no-calidad generan repeticiones innecesarias que aumentan los costes y que éstos constituyen un porcentaje importante de los costes globales del centro. Es oportuno resaltar que la calidad y la cantidad de la atención no son siempre contradictorias. Puede afirmarse que necesariamente la calidad disminuye cuando se produce más. Puede observarse que, partiendo de una calidad hipotéticamente nula, ésta aumenta proporcionalmente a medida que aumenta paralelamente la cantidad de actividad sanitaria, si bien, después de llegar a un máximo, la calidad no aumenta y aún disminuye a medida que se va aumentando la cantidad de la producción. Esto se ilustra en la siguiente figura:

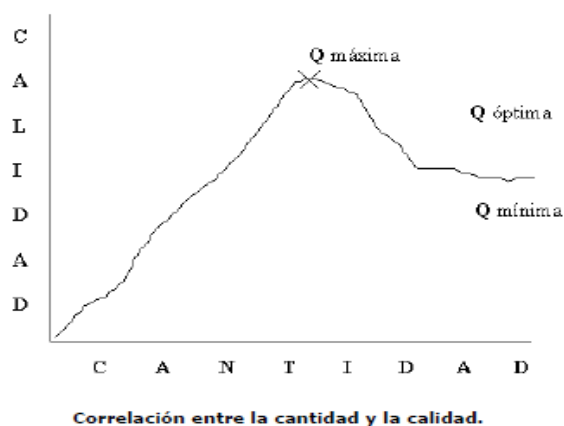


Figura 1. Correlación entre la cantidad y la calidad.

Se trata por tanto de conseguir una situación ponderada que se mueva dentro de la banda acotada entre la calidad mínima aceptable y la calidad óptima. La conclusión práctica que puede sacarse es que, por lo que respecta a la obtención de calidad, tan malo es moverse en niveles bajos de cantidad como en niveles muy altos de cantidad que agobian el trabajo del profesional (13,14).

Si se analiza esta perspectiva desde el punto de vista de la cantidad de recursos en relación con los beneficios obtenidos en la atención sanitaria, puede verse que la curva que correlaciona estos dos ítems adopta una forma tal como la que muestra en la figura 3, en la cual puede observarse con claridad el distinto comportamiento de correlación según los diferentes niveles en los que nos podemos mover.

De este modo, cuando nos movemos en niveles bajos de beneficios basta un pequeño aumento de los recursos para obtener un significativo aumento de los beneficios. Por el contrario, cuando nos movemos en un nivel apreciable de beneficios se necesita una aplicación de recursos muy notable para producir una muy discreta mejora de los mismos.

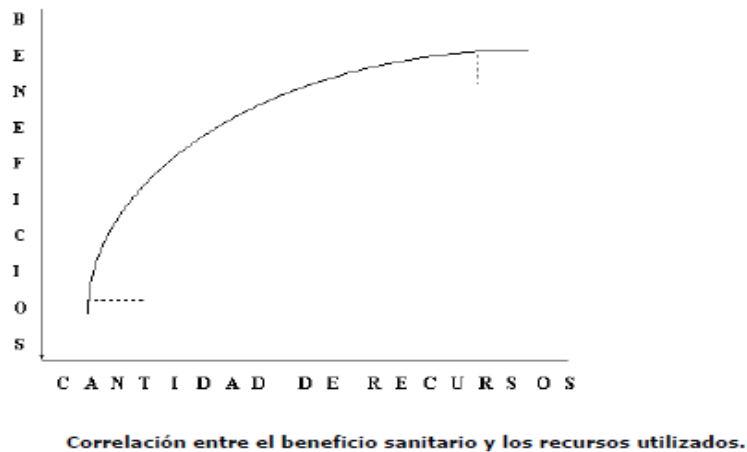


Figura 2. Correlación entre el beneficio sanitario y los recursos utilizados.

2. JUSTIFICACION

La calidad de la asistencia es un valor apreciado por los pacientes y por los profesionales de la salud. Los pacientes esperan la curación de su enfermedad o el alivio de los síntomas, pero los problemas derivados de una mala calidad pueden causarle daños irreparables. Los sanitarios desean hacer lo mejor posible por los pacientes y su ética les obliga a ofrecer la mayor calidad posible en su asistencia. Todo lo anterior hace que la calidad en la asistencia sanitaria se defina de forma específica y requiera una metodología de evaluación y mejora igualmente específica. Como ya se menciono previamente la calidad tiene varios e importantes componentes que hacen referencia a los profesionales, a los recursos y a los usuarios (12,15).

El primero a considerar su evaluación es el nivel profesional óptimo, es decir, es necesaria una clara competencia profesional, con la lógica capacidad científico-técnica. Es igualmente importante la estructura, es decir la ubicación y medios que se le ofrecen al especialista para desarrollar su trabajo, que deben tener en cuenta las características del sujeto al que queremos ofrecer nuestra asistencia, en este caso al niño. Y finalmente la satisfacción del usuario que se va a traducir en cumplir las expectativas del paciente y su estado de salud resultante. En resumen para conseguir que un profesional competente dé satisfacción al usuario, necesita ofrecer una asistencia de calidad.

Hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. Y, en tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer (16), y esto justifica en los últimos años la necesidad de evaluación como instrumento para reformas sanitarias (17,18).

En resumen se propone que a través de las encuestas de satisfacción solas o en combinación con métodos cualitativos, se puede obtener información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios de salud desde el punto de vista de la población y como tal constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de calidad y la necesidad de reformas

según los resultados obtenidos (19,20), así como un método económico de evaluar al servicio de salud otorgante y sus diversos componentes.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al evaluar la calidad de atención mediante la aplicación de una encuesta (con escala tipo likert) nos permite saber de forma efectiva y económica la percepción de los usuarios en el proceso de atención de la salud y con esto implementar acciones para su mejoría y además nos permite realizar una evaluación de los prestadores de servicios de salud.

4. HIPOTESIS

- La calidad de la atención en el Centro de atención integral de epilepsia del HGM es buena.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Describir la percepción de la calidad de la atención (definida como buena o mala) recibida por los usuarios en servicios ambulatorios del Centro Integral de Epilepsia en el servicio de consulta externa de neurología pediátrica del Hospital General de México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria y determinar la necesidad de implementar acciones para la mejora continua en la calidad de la atención.

5.2 Objetivos secundarios

1. Resultado de la atención recibida.
2. Al conocer la percepción del usuario conocer las áreas donde se requiera realizar cambios para mejorar la calidad del servicio.

3. Evaluar el desempeño del prestador de salud de acuerdo a la escala con la que fue calificada por el usuario.
4. Evaluar factores socioculturales que pueden afectar en la variación de la percepción en la calidad de atención.

6. MATERIAL Y METODO.

6.1 Diseño del estudio

Se realizo un estudio descriptivo, prospectivo.

6.2 Población y Tamaño de la muestra:

Se realizaron 52 encuestas de pacientes con epilepsia del grupo de edad de recién nacido a 17 años 11 meses de los pacientes que acuden a la consulta externa de neurología pediátrica del Hospital General de México.

6.3 Criterios de inclusión:

Todos los pacientes o familiares que acuden al centro de atención integral de epilepsia. **6.4**

Criterios de exclusión:

Pacientes o familiares que no quisieron participar en la encuesta.

6.5 Criterios de eliminación cuestionarios incompletos en más del 80%.

6.6 Variables a evaluar y forma de evaluarlas:

1. Percepción general de la calidad de la atención y satisfacción de la misma.
2. Usuarios que buscarían otro centro de atención.
3. Proceso de atención: Tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y diagnóstico definitivo, quien dio el manejo inicial previo a esta unidad.
4. Calidad de la atención otorgada por el médico.
5. Estructura: evaluación de la atención brindada por el personal de enfermería, vigilancia, iluminación del lugar, limpieza, sala de espera.
6. Factores socioculturales que afectan la percepción de la calidad (edad, sexo y nivel educativo del paciente o en este caso del cuidador que responde la encuesta)

7. Accesibilidad, como llego al CAIE, tiempos de espera.

La forma de medición es con una escala tipo Likert (excelente, buena, regular, y mala); esto para la evaluación del personal que da los servicios y para evaluar algunos otras variables correspondientes a la estructura, adicionalmente se preguntaron los motivos de tal percepción mediante una lista pre-codificada que incluye los siguientes aspectos, a estas variables cualitativas se asigno un valor numérico para facilitar su interpretación.

Accesibilidad	Estructura (existencia atributos)	Proceso y	Dimensión del resultado
Organización: como llego al centro de epilepsia	Recursos humanos (enfermería, administrativos, vigilancia)	Acciones diagnosticas y tratamiento realizadas	de Satisfacción con la atención recibida
	Limpieza del lugar	Continuidad de la atención	Necesidad de buscar otro centro de atención.
Tiempo de espera	Iluminación	Trato del medico	
	Sala de espera	Confirmación del diagnostico, tiempo transcurrido de este y quien lo realizo.	

Tabla 2. Distribución de Variables a evaluar

6.5 Procedimiento.

Las respuestas obtenidas a partir de la escala Likert, se dicotomizaron en buena percepción de la calidad (excelente, y buena) y mala (regular, y mala) con el fin de facilitar su análisis debido a que son variables cualitativas nominales. Para el resto de las variables se asigno un valor numérico por medio del programa SPSS para facilitar su análisis.

El análisis estadístico se realizara en una base de datos en el programa Excel y SPSS.

6.6 Tareas específicas para el logro de resultados y recolección de datos.

- Se realizo encuesta con las variables a evaluar.
- Recolección y revisión de datos obtenidos.
- Elaboración de base de datos.
- Tabulación y graficas de los datos obtenidos.
- Interpretación de resultados.

6.7 Análisis estadístico.

Se elabora la base de datos en el programa Excel.

Para el análisis descriptivo de los datos, se hará uso del programa SPSS (Programa Estadístico para Ciencias Sociales)

6.8 Consideraciones éticas y legales:

Se basa únicamente en la descripción de los resultados obtenidos mediante la aplicación de una encuesta no se incluye el nombre del paciente al que se realizo la misma y con el consentimiento de la persona que respondió la misma.

6.9 Recursos:

Formato impreso de la encuesta a aplicar y equipo de computo para base de datos y análisis de la información.

7. RESULTADOS

Se aplicaron en total 52 encuestas previamente diseñadas con el objetivo de determinar la calidad de la atención en la consulta externa de neurología pediátrica en el CAIE. Estas se aplicaron a padres y/o pacientes con epilepsia. Es importante considerar este dato ya que la percepción de la satisfacción y calidad en los pacientes pediátricos por lo general es la de los padres o el cuidador y en muy pocas ocasiones la del mismo paciente. De estas 52 encuestas aplicadas 47 las contestaron los padres, 3 los mismos pacientes y 2 otro familiar, como se muestra a continuación.

	Frecuencia	%	% VALIDO	% ACUMULADO
OTRO FAMILIAR	2		3.8	3.8
PADRES	47		90.4	94.2
PACIENTE	3		5.8	100
Total	52		100	100

Tabla 3. Persona que responde la encuesta.

Genero del encuestado.

Se grafico el sexo y edad de los encuestados. En la mayoría de los casos 76.9% quien respondió la encuesta fue del sexo femenino, el resto 23.1% masculino. No se observo relación en cuanto al sexo con la percepción buena o mala de la calidad de la atención.

GENERO				
	Frecuencia	%	% VALIDO	% ACUMULADO
Femenino	40	76.9	76.9	76.9
Masculino	12	23.1	23.1	100
Total	52	100	100	

Tabla 4. Genero del encuestado.

Edad.

Para facilitar la interpretación de resultados en cuanto a la edad de los encuestados se agruparon las edades en la tabla que se muestra a continuación.

La mayoría de los encuestados se encontraron en primer lugar en el grupo de edad de 36 a 40 años, en 2º y 3er lugar en las edades de 41 a 45 y más de 46 años. Esto debido a que la encuesta se respondió en la mayoría de los casos por los padres, únicamente 3 fueron los mismos pacientes los que respondieron la encuesta en el grupo de edad de menor de 15 y hasta 19 años. No se observó relación con la edad del encuestado y la percepción de la calidad.

EDAD DEL ENCUESTADO					
		Frecuencia	%	%	%
				VALIDO	ACUMULADO
G R U P O S D E E D A D	MENOR 15	1	1.9	1.9	1.9
	15 A 19	2	3.8	3.8	5.8
	20 A 25	1	1.9	1.9	7.7
	26 A 30	3	5.8	5.8	13.5
	31 A 35	9	17.3	17.3	30.8
	36 A 40	14	26.9	26.9	57.7
	41 A 45	11	21.2	21.2	78.8
	MAS 46	11	21.2	21.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Tabla 5. Edad del encuestado.

Escolaridad.

Esta variable es importante evaluar ya que en ocasiones la percepción de la calidad y satisfacción depende del nivel sociocultural de la persona que responde y evalúa la calidad prestada por los servicios de salud. De los 52 encuestados, 4 personas únicamente tienen como nivel de estudios la primaria incompleta, 10 personas terminaron la primaria, 23 personas terminaron la secundaria, 11 personas terminaron preparatoria, y únicamente 4 personas tienen estudios a nivel profesional. El nivel educativo de los encuestados en la mayoría de los casos fue bajo (23 encuestados), el 19.2% con primaria terminada, el 7.6% con primaria incompleta, únicamente 11 encuestados, igual al 21.1% terminaron la preparatoria, y a nivel profesional únicamente 4 padres encuestados equivalente al 7.6%. En este caso no se encontró relación entre la escolaridad y grado de satisfacción con la atención recibida, a pesar de lo que se reporta en la literatura ya que el nivel sociocultural suele influir en esta variable.

ESCOLARIDAD				
	Frecuencia	%	% VALIDO	% ACUMULADO
Primaria Completa	10	19.2	19.2	19.2
Primaria Incompleta	4	7.7	7.7	26.9
Preparatoria	11	21.2	21.2	48.1
Profesional	4	7.7	7.7	55.8
Secundaria	23	44.2	44.2	100.0
Maestria/Doctorado	0	0	0	0
Total	52	100.0	100.0	

Tabla 6. Nivel de escolaridad de la persona que responde la encuesta.

Edad de inicio de epilepsia.

Para esto dividimos los grupos de pacientes en recién nacidos (0-28 días), lactantes (1 mes a 2 años) preescolares (3 a 5 años), escolares (6 a 11 años) y adolescentes (12 a 17 años 11 meses).

La mayor edad de presentación fue en el lactante, seguido del escolar en segundo lugar y en tercer lugar el preescolar, únicamente con diferencia de un caso en el número de adolescentes con epilepsia.

EDAD DE INICIO DE LA EPILEPSIA				
	Frecuencia	%	% VALIDO	% ACUMULADO
RN	3	5.8	5.8	5.8
LACTANTE	19	36.5	36.5	42.3
PREESCOLAR	9	17.3	17.3	59.6
ESCOLAR	13	25	25	84.6
ADOLESCENTE	8	15.4	15.4	100
Total	52	100	100	

Tabla 7. Edad en que el paciente inicio epilepsia.

Diagnóstico y manejo de epilepsia previo a esta unidad.

Esta variable está directamente relacionada con el grado de satisfacción de los pacientes o sus padres previos a acudir a este centro, ya que en la mayoría de los casos el médico tratante no era especialista en el área lo que se puede traducir en inconformidad de los padres en cuanto al área de proceso o calidad de atención de los profesionales en otros centros de atención, y como se muestra en la siguiente grafica el retraso del diagnostico definitivo y posteriormente la necesidad de ser referidos para continuar su atención en este centro o necesidad de búsqueda de los mismos por un centro de atención especializada. De los 52 encuestados el diagnostico y manejo inicial en 19 casos fue realizado por el medico general, en 3 casos por el médico familiar, 20 casos por el pediatra, 1 caso por médico internista, 1 caso por un medico neurólogo, 5 casos por el neurólogo pediatra, 1 caso por neurocirujano y en 2 casos más por otro médico.

DIAGNOSTICO Y MANEJO INICIAL				
	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
MEDICO GENERAL	19	36.5	36.5	36.5
MEDICO FAMILIAR	3	5.8	5.8	42.3
PEDIATRA	20	38.5	38.5	80.8
INTERNISTA	1	1.9	1.9	82.7
NEUROLOGO	1	1.9	1.9	84.6
NEUROLOGO PEDIATRA	5	9.6	9.6	94.2
NEUROCIRUJANO	1	1.9	1.9	96.2
OTRO MEDICO	2	3.8	3.8	100.0
Total	52	100.0	100.0	

Tabla 8. Medico que realizo el diagnostico e inicio el tratamiento.

Unidades tratantes previas al CAIE.

Esta variable se dividió de acuerdo a la institución a la que acudió el paciente previo a acudir a esta unidad.

Se tomaron en cuenta las siguientes instituciones: privadas, SSA, DIF, DDF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, MARINA y DEFENSA.

De los 52 encuestados, 9 acudieron a medio privado, 34 a la SSA, 4 al IMSS, 2 a DDF, y 3 al DIF. El resto de las instituciones no se registró ninguna visita médica. La institución a donde más acudieron pacientes previo al acudir a esta unidad fue la SSA, seguida en segundo lugar por el medio privado.

ATENCIÓN				
	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
PRIVADA	9	17.3	17.3	17.3
SSA	34	65.4	65.4	82.7
IMSS	4	7.7	7.7	90.4
DDF	2	3.8	3.8	94.2
DIF	3	5.8	5.8	100.0
Total	52	100.0	100.0	

Tabla 9. Unidades de salud tratantes previas al tratamiento en el CAIE.

PROCESO DIAGNOSTICO.

Tiempo transcurrido entre el inicio de epilepsia y el diagnostico definitivo.

Se dividió el tiempo transcurrido en 8 variables. De los 52 encuestados, en 23 el diagnostico fue en menos de 1 mes, 14 en un periodo de 1 a 3 meses, 4 de 3 a 6 meses, 3 pacientes de 3 a 12 meses, 5 pacientes en un periodo de 1 a 2 años, y en los períodos de 2 a 3 años, 3 a 4 años, y mas de 4 años únicamente 1 paciente en cada caso. En la mayoría de los casos (78.8%) el diagnostico definitivo fue oportuno o en un periodo no mayor a 6 meses, lo que se pudo traducir en adecuada calidad en los procesos diagnósticos y esto a su vez en recibir el tratamiento oportuno con resultados en el estado de salud del paciente, aunque como se menciono previamente este diagnostico definitivo se retraso hasta que fue confirmado la mayoría de los casos por el neurólogo pediatra.

TIEMPO DEL INICIO AL DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA				
	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
MENOS 1 m	23	44.2	44.2	44.2
1 A 3 m	14	26.9	26.9	71.2
3 a 6 m	4	7.7	7.7	78.8
6 a 12 m	3	5.8	5.8	84.6
1 a 2 a	5	9.6	9.6	94.2
2 a 3 a	1	1.9	1.9	96.2
3 a 4a	1	1.9	1.9	98.1
mas 4 a	1	1.9	1.9	100
Total	52	100	100	

Tabla 10. Tiempo transcurrido entre el inicio de la epilepsia y la realización del diagnostico definitivo.

Medico que confirmo el diagnostico de epilepsia.

En la mayoría de los casos específicamente 33 de 52, (63%) el diagnostico definitivo fue realizado por el subespecialista, neurólogo pediatra, esto se relaciona con la siguiente grafica ya que también en la mayoría de los casos (59.6%) los padres o pacientes sintieron la necesidad de buscar otro centro de atención y fue la forma como llegaron a esta unidad lo que se traduce en poca satisfacción en la atención en las unidades previas donde fueron tratados por médicos generales u otros especialistas donde aparentemente el diagnostico definitivo no quedo claro para los padres hasta llegar al CAIE. De los 19 pacientes restantes 10 casos mas el diagnostico definitivo fue realizado por un médico pediatra, cuatro por neurólogo, dos por neurocirujano, y tres más por médicos generales.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO				
	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
MEDICO GENERAL	3	5.8	5.8	5.8
PEDIATRA	10	19.2	19.2	25.0
NEUROLOGO	4	7.7	7.7	32.7
NEUROLOGO PEDIATRA	33	63.5	63.5	96.2
NEUROCIRUJANO	2	3.8	3.8	100.0
Total	52	100.0	100.0	

Tabla 11. Medico que realizo el diagnostico definitivo de epilepsia.

Accesibilidad. Como llego al CIE del HGM.

15 Pacientes fueron enviados por otra institución publica, 19 acudieron por propia iniciativa, el cual fue el mas alto porcentaje como ya se menciona probablemente por la poca satisfacción en la calidad de atención en centros previos, 4 pacientes fueron enviados por medico particular, 12 acudieron por recomendación de nuestra unidad por algún familiar, 1 fue enviado por 1 institución privada, y 1 más enviado por otro medio.

COMO LLEGO AL CIE				
	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
INSTITUCION PUBLICA	15	28.8	28.8	28.8
INICIATIVA PROPIA	19	36.5	36.5	65.4
ENVIO M. PARTICULAR	4	7.7	7.7	73.1
RECOMENDACION FAMILIAR	12	23.1	23.1	96.2
ENVIO INSTITUCION PRIVADA	1	1.9	1.9	98.1
OTRO	1	1.9	1.9	100.0
Total	52	100.0	100.0	

Tabla 12. Como llego el paciente a nuestro centro de atencion.

CALIDAD DE ATENCION POR PARTE DEL MEDICO.

Se evaluaron:

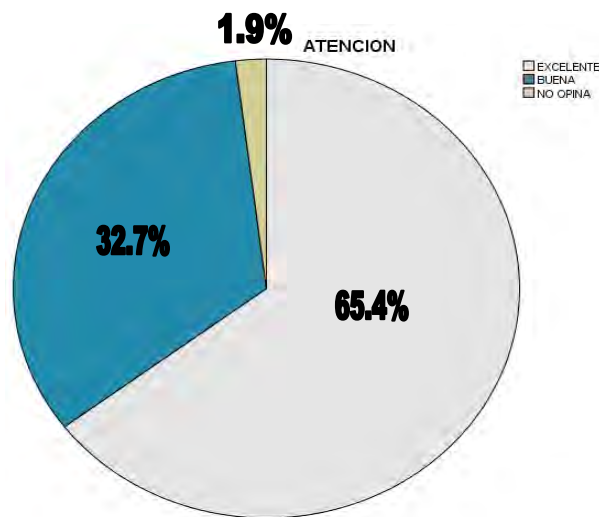
	EXCELENTE	%	BUENA	%	REGULAR	%	MALA	%	NO OPINA	%
ATENCION MEDICO	34	65.3	17	32.6	0	0	0	0	1	1.9
TRATO DEL MEDICO	36	69.2	15	28.8	0	0	0	0	1	1.9
AMABILIDAD DEL MEDICO	36	69.2	15	28.8	0	0	0	0	1	1.9
PRESENTACION DEL MEDICO	37	71.1	14	26.9	0	0	0	0	1	1.9
CONOCIMIENTOS DEL MEDICO	37	71.1	14	26.9	0	0	0	0	1	1.9
EXPLICACION DE LA ENFERMEDAD	31	59.6	20	38.4	0	0	0	0	1	1.9
TIEMPO DEDICADO A SU CONSULTA	33	63.4	17	32.6	1	1.9	0	0	1	1.9

Tabla 13. Variables a evaluar en el profesional de la salud.

De las anteriores variables únicamente en el tiempo dedicado a la consulta se registró 1 persona que lo calificó como regular de acuerdo a la escala de Likert (atención buena y mala) graficamos los siguientes resultados:

Atención por parte del médico.

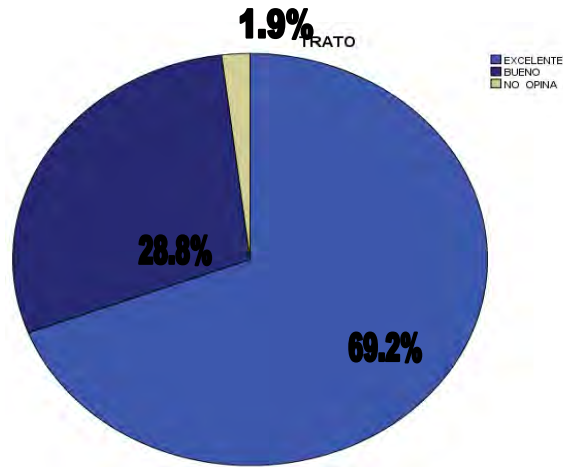
La evaluación en esta variable en general es buena, en el total de 98.1% de los encuestados. De estos 34 respondieron que la atención fue excelente, 17 la calificaron como buena, y solo 1 persona no opino.



Grafica 1. Calidad de la atención brindada por el médico del CAIE.

Trato del Médico.

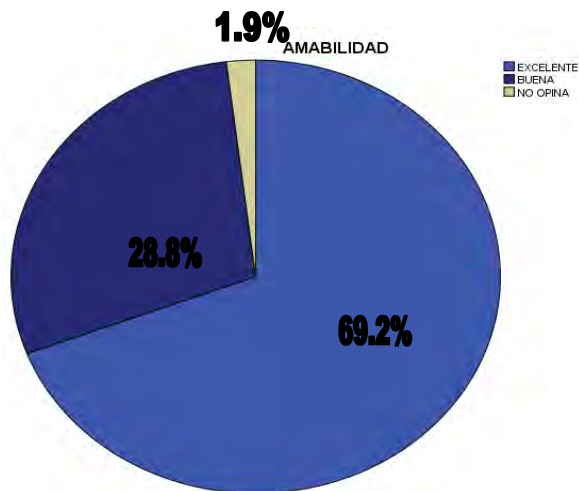
En el 98% de los casos fue considerado que el trato otorgado por el médico al paciente fue bueno (15 personas respondieron que fue bueno y 36 respondieron que el trato fue excelente). Únicamente una persona no opino en esta pregunta que fue el resultado que se excluyó correspondiente al 1.9%.



Grafica 2. Trato al paciente por el médico del CAIE.

Amabilidad del médico.

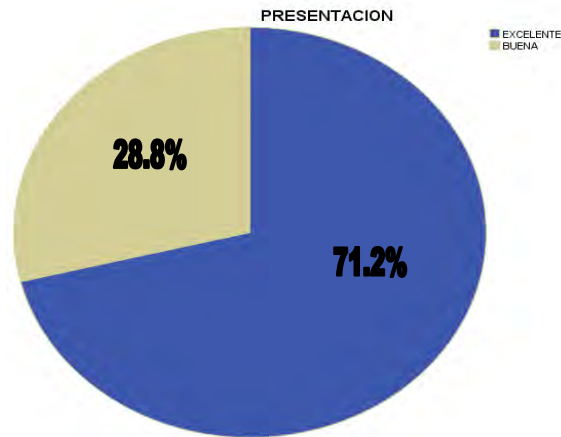
Igualmente se considero como buena por 15 encuestados, excelente por 36, y nuevamente solo una persona no opino sobre esta variable.



Grafica 3. Amabilidad del médico.

Presentación del médico.

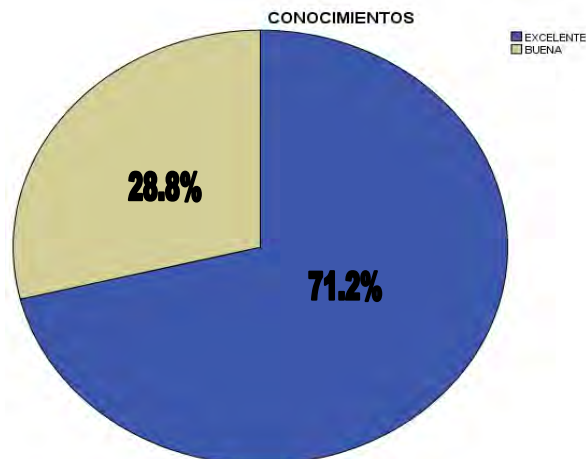
En el total de los casos se califico la presentación del médico que otorgo la consulta como buena. Calificándose como excelente en 37 casos, y como buena en 15 encuestados.



Grafica 4. Presentación del médico del CAIE.

Conocimientos del médico.

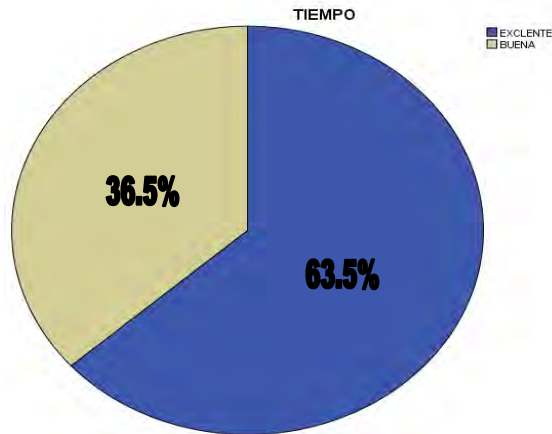
37 personas opinaron que los conocimientos del médico en cuanto a su enfermedad son excelentes, y 15 personas opinaron que son buenos. Nuevamente calificando esta variable como buena en calidad.



Grafica 5. Calidad de los conocimientos del medico

Tiempo dedicado a la consulta.

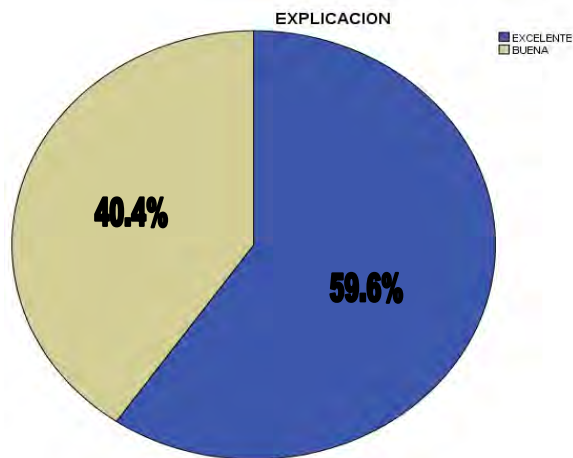
Se califico como excelente por 33 pacientes, como bueno por 19 pacientes.



Grafica 6. Tiempo dedicado por el médico a la consulta.

Explicación de la enfermedad.

Se considero que esta fue excelente en 31 pacientes, y buena en 21 pacientes.



Grafica 7. Explicación del médico al paciente de su enfermedad

SERVICIOS ADICIONALES.

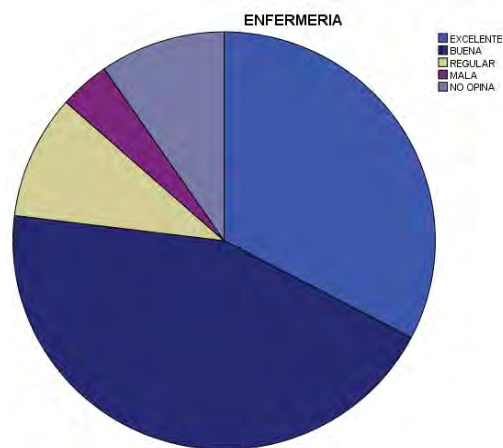
Estructura

SERVICIOS ADICIONALES	EXCELENTE	%	BUENA	%	REGULAR	%	MALA	%	NO OPINA	%	TOTAL
ATENCION ENFERMERIA	17	32.6	23	44.2	5	9.6	2	3.8	5	9.6	52
ATENCION ADMINISTRATIVOS	7	13.4	28	53.8	11	21.1	3	5.7	3	5.7	52
ATENCION VIGILANCIA	9	17.3	27	51.9	11	21.1	1	1.9	4	7.6	52
LIMPIEZA LUGAR	10	19.2	29	55.7	10	19.2	0	0	3	5.7	52
ILUMINACION DEL LUGAR	14	26.9	29	55.7	6	11.5	0	0	3	5.7	52
SALAS DE ESPERA	8	15.3	21	40.3	18	34.6	1	1.9	4	7.6	52

Tabla 14. Evaluación de la estructura: Servicios Adicionales.

Atención prestada por enfermería.

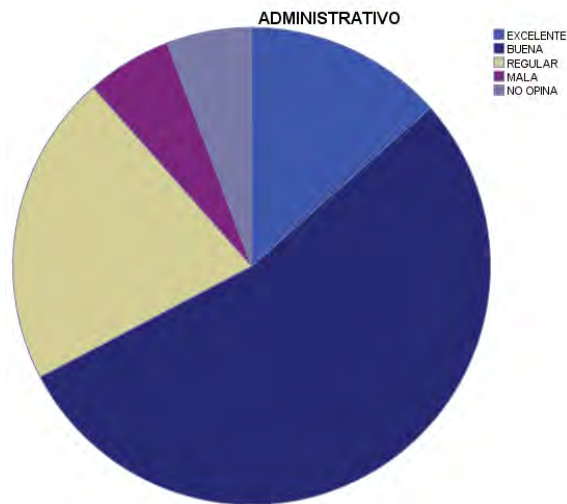
17 encuestados opinaron que la atención brindada por el personal de enfermería es excelente, 23 opinaron que es buena, 5 que es regular y 2 que es mala, 5 mas no opinaron.



Grafica 8. Atención prestada por el personal de enfermería.

Atención por personal administrativo.

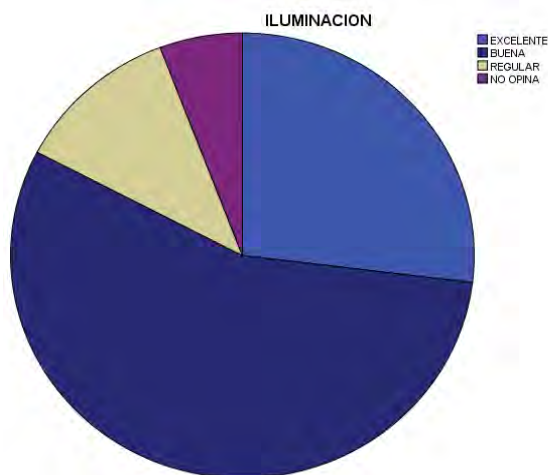
7 opinaron que es excelente la atención del personal encargado del área administrativa, 28 que es buena, 11 que es regular, 3 que es mala y 3 mas no opinaron.



Grafica 9. Atención brindada por el personal administrativo.

Iluminación del lugar.

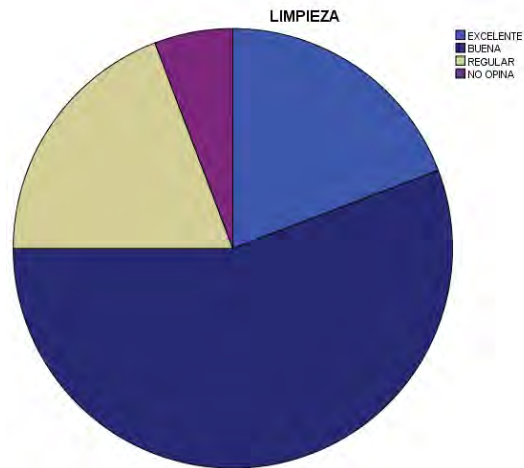
14 personas encuestadas opinaron que esta es excelente, 29 que es buena, 6 que es mala, y 3 no opinaron.



Grafica 10. Iluminación del lugar de atención.

Limpieza del lugar.

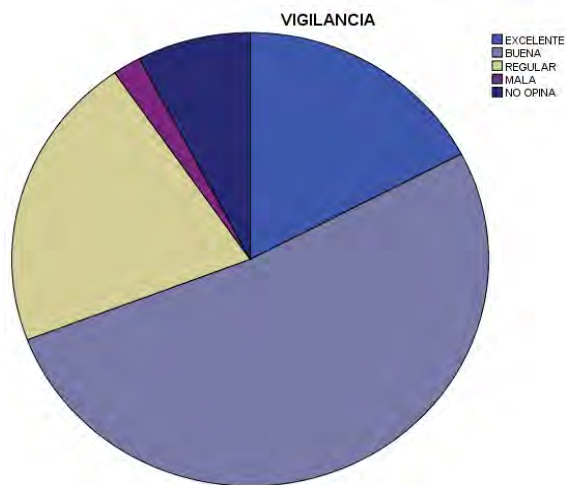
10 personas opinaron que es excelente, 29 que es buena, 10 que es regular, y 3 mas no opinaron.



Grafica 11. Limpieza del lugar.

Vigilancia.

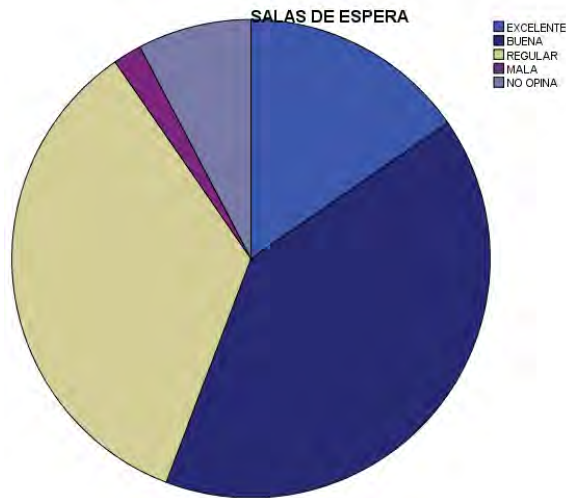
9 encuestados opinaron que la atención de los vigilantes es excelente, 27 que es buena, 11 que es regular, 1 que es mala, y 4 más no opinaron.



Grafica 12. Atención del personal de vigilancia

Salas de espera

ocho personas contestaron que estas son excelentes, 21 las calificaron como buenas, 18 como regulares, uno como mala y cuatro más no opinaron al respecto.



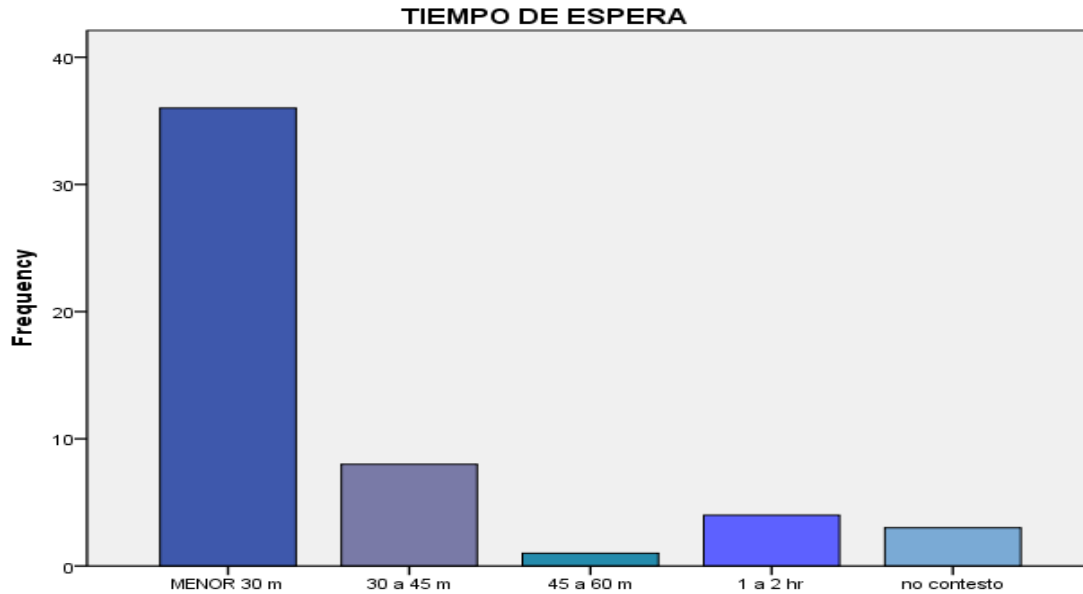
Gráfica 13. Calidad de las salas de espera.

TIEMPO DE ESPERA.

En la mayoría de los casos (69%) el tiempo de espera fue menor de 30 minutos, 8 pacientes (15%) el tiempo de espera fue de 30 a 45 minutos, un paciente (1.9%) con tiempo de espera de 45 a 60 minutos, cuatro pacientes (7.6%) ningún paciente tardo mas de dos horas en esperar su consulta y tres pacientes no contestaron (5.7%).

	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
MENOR 30 m	36	69.2	69.2	69.2
30 a 45 m	8	15.4	15.4	84.6
45 a 60 m	1	1.9	1.9	86.5
1 a 2 hr	4	7.7	7.7	94.2
No contesto	3	5.8	5.8	100.0
Total	52	100.0	100.0	

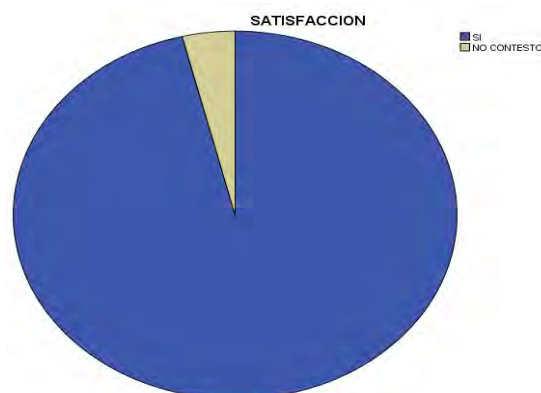
Tabla 15. Tiempos de espera.



Grafica 14. Tiempo de espera

SATISFACCION.

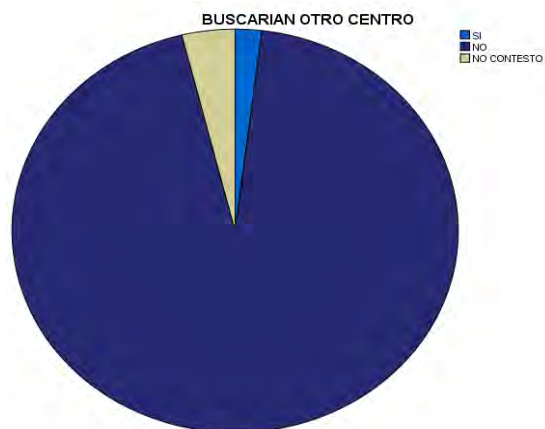
De los 52 pacientes encuestados 50 contestaron estar satisfechos con la atención recibida en el centro, equivalente al 96% de los encuestados. Dos pacientes no contestaron equivalente al 4%. Únicamente un paciente contesto que buscaría atención en otro centro por lo tanto el 98% de los encuestados restantes esta conforme y continuaría acudiendo a este centro.



Grafica 15. Percepción de la satisfacción por el entrevistado.

Necesidad de buscar otro centro.

De los 52 pacientes 49 respondieron no sentir la necesidad de buscar otro centro de atención de epilepsia, dos no contestaron y uno respondió que si buscaría otro centro.



Grafica 16. Pacientes con necesidad de buscar otro centro de atención.

8. DISCUSSION

Los resultados de este trabajo revelan que la satisfacción de los padres y en los pocos casos en que se aplicó la encuesta al mismo paciente que la atención en general es buena. En cuanto a la evaluación de los profesionales de la salud, específicamente del médico encargado de la atención fue en el área donde se obtuvieron los mejores resultados en la evaluación, prácticamente la mayoría calificó la atención de estos en las diferentes preguntas como buena.

Al revisar la literatura nos dimos cuenta que la evaluación de la calidad de la atención en clínicas de neurología pediátrica y particularmente en la atención del niño epilepsia no encontramos estudios en este tenor, por lo que es de suma importancia ya que si el paciente se encuentra satisfecho con su médico repercutirá en el mejor apego a su tratamiento que en el caso de epilepsia es crónico y de una manera indirecta mejorará la calidad de vida del paciente y de su familia.

La atención inicial de nuestros encuestados fue otorgada en mayor porcentaje por médicos generales o pediatras, sin embargo el diagnóstico definitivo fue dado por el neurólogo pediatra, aunque el tiempo del inicio de la epilepsia hasta el diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos fue en menos de 6 meses este es un tiempo aceptable en cuanto a tiempo se refiere tomando en cuenta que el diagnóstico se confirmó hasta la cita con el subespecialista sin perjudicar su percepción y resultados en la calidad y el tratamiento. También se observó que en más de 50% de los casos a pesar de que los pacientes iniciaron manejo en otras unidades de salud o con otros facultativos, los padres de los pacientes sintieron la necesidad de acudir a este centro de atención y la mayoría de ellos acudió por iniciativa propia o por referencia de algún familiar. No encontramos relación con la escolaridad, edad o género del encuestado en relación a su percepción y satisfacción de la calidad, como se ha mencionado en algunos casos en la literatura. Sin embargo como ya se mencionó anteriormente no solo la atención del profesional forma parte de la evaluación de calidad, sino también las variables que corresponden a la estructura y proceso, por lo que también formaron parte de esta evaluación. Se encontró que a pesar de que la evaluación en general del área de estructura se calificó como buena, se registraron diferentes opiniones que la calificaron como regular y mala, sobre todo en cuanto a la evaluación del personal administrativo, seguido en segundo lugar por la atención del personal de vigilancia. Por lo tanto podemos concluir que es necesario realizar mejoras en estas áreas, que aunque bien como mencionamos antes la calidad se consideró como buena, podría ser un área con

dificultades de calidad en el futuro, y en esto radica la importancia de la evaluación de todas las áreas que forman parte del proceso de atención, ya que esto se traduce finalmente en la satisfacción de los usuarios y su percepción de la calidad en la atención recibida e incluso en los resultados en el tratamiento y el apego al mismo. Recurrir a los niveles de satisfacción para identificar zonas que requieran apoyo, ha sido una estrategia empleada por distintos investigadores que afirman que el conocimiento del grado de satisfacción de los pacientes sirve para valorar y monitorizar la calidad, disponibilidad y utilización de la atención sanitaria.

9. CONCLUSIONES

La calidad de la atención en el centro de atención integral de epilepsia de esta unidad en general fue percibida como buena, sobre todo en la evaluación del personal médico, esto sirve también como una herramienta para evaluar a los prestadores de servicios de salud.

La mayoría de los encuestados a excepción de uno no buscaría otro centro para la atención de sus pacientes.

La atención adecuada de un paciente crónico deberá mejorar su calidad de vida.

10. BIBLIOGRAFIA

1. 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.
2. Saturno PJ: La definición de calidad de la atención. En Marquet R.(ed): garantía de calidad en Atención Primaria. IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Córdoba 1991.
3. International Organization for Standardization. Quality: terms and definitions. 1989.
4. Palmer H. Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice. Am Hosp Publish. 1983.
5. Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para directivos. Díaz de Santos. Barcelona. 1990.
6. Organización Panamericana de la Salud. Gestión de calidad: documentos técnicos-políticas/regulación. Asunción: OPS; 2006.
7. Mezquita M, Pavlicich V, Benitez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. Pediatra . (Asunción). 2008; 35(1):11-17.
8. Myers R Psicología 7ma ed. Buenos Aires Editorial Medica Panamericana, 2005.
9. The Principles of quality Assurance. Report of an Advisory Committee. WHO, Copenhagen. Regional Office for Europe 1985.
10. Donabedian A. Clinical Performance and Quality Health Care. 1993, 1: 14-17.
11. Suñol R. El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: Ética y Costes en Medicina Intensiva. A. Net Ed. Springer-Verlag. Barcelona. 1997.
12. Donabedian A. Setting up Quality Assessment and Assurance Hospitals. Mayo 1989.
13. Martín Zurro A. Organización de las actividades en Atención Primaria. 4º Edición.

14. Modelo de calidad total del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 2001
15. Avedis Donabedian. "Actas Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica". Fundación Donabedian. Buenos Aires. Argentina. 1993.
16. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations. *BMJ* 1991, 302:887-9.
17. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997; 11(4):176-89.
18. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest C, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: Implications for managed care. *J Family Practice* 1998; 46(3):216-26.
19. Calnan M. Citizens, users and health care. *Eur J Public Health* 1997; 7(1):1-2.
20. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión* 1995; 1(1):23-33

ANEXOS

FORMATO DE ENCUESTA DE CALIDAD DE LA ATENCION

1. Persona que contesta el cuestionario

Paciente	Padres	Otro familiar	Amistad
----------	--------	---------------	---------

2. Datos generales de quien contesta el cuestionario

EDAD: _____ SEXO: _____

ESCOLARIDAD:

Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Preparatoria
	Profesional	Maestría o doctorado	

3. Datos generales de paciente con epilepsia

- Edad de inicio epilepsia: _____

4. Quien realizo el diagnostico y tratamiento antes de acudir a esta unidad:

Medico general	Medico familiar	Pediatra	Internista
Neurólogo	Neurólogo pediatra	Neurocirujano	Otro medico
Curandero	Brujo	Hiervero	Chaman

5. Visitas medicas antes de llegar a este centro:

Privadas	SSA	IMSS	ISSSTE
DEFENSA	MARINA	DDF	PEMEX
			DIF

6. Tiempo transcurrido entre el inicio de epilepsia y el diagnostico definitivo

Menos de 1mes	1 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 12 meses
1 a 2 años	2 a 3 años	3 a 4 años	Mas de 4 años

7. Quien confirmo el diagnostico de epilepsia

Medico general	Medico familiar	Pediatra	Internista
Neurólogo	Neurólogo pediatra	Neurocirujano	Otro medico.

8. Como llego a este centro de atención integral de epilepsia

Referido por institución publica	Iniciativa propia	Envió de medico particular
----------------------------------	-------------------	----------------------------

Recomendación por familiar	Referido por institución privada
----------------------------	----------------------------------

CALIDAD DE LA ATENCION DE ESTE CENTRO INTEGRAL DE EPILEPSIA

Califique lo siguiente:	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	NO OPINA
Atención del medico					
Trato del medico					
Amabilidad del medico					
Presentación del medico					
Conocimientos del medico					
Explicación de su enfermedad					
Tiempo dedicado a la consulta					
Tiempo de espera					
Menos de 30 min	30 a 45 min	45 a 60 min	1 a 2 hrs	Mas de 2 hrs	

SERVICIOS ADICIONALES	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	NO OPINA
Atención por enfermería					
Atención personal administrativo					
Atención vigilancia					
Limpieza del lugar					
Iluminación del lugar					
Salas de espera					
Esta satisfecho con la atención recibida en el Centro Integral de Epilepsia					
SI		NO			
Siente la necesidad de buscar otro centro de atención de epilepsia					
SI		NO			