



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Calidad de la Atención Médica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” del Gobierno del Distrito Federal, un estudio basado en la opinión de los usuarios.

TESIS

Que para optar por el grado de:

Maestro en Administración de la Atención Médica y de Hospitales

PRESENTA

Sergio Guadalupe Escorza Arregui

TUTOR:

**Dra. Rocío Llarena de Thierry
Facultad de Contaduría y Administración**

México, D.F., noviembre de 2014



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rocío Llarena de Thierry, asesora de Metodología de la Investigación, corrección de estilo, que hicieron posible la culminación exitosa de este trabajo.

A las autoridades de la Facultad de Contaduría y Administración con especial atención a quienes coordinan la Maestría en Administración de la atención médica y de Hospitales, por todas las enseñanzas recibidas durante los años de estudio, de sus excelentes maestros.

Al Dr. Isauro Ramón Gutiérrez Vázquez, Director del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México, “Dr. Belisario Domínguez” por todas las facilidades otorgadas en la realización de la presente investigación.

A los usuarios del Hospital “Dr. Belisario Domínguez” que con su valiosísima opinión contribuyen cada día a mejorar la calidad de la atención médica en este hospital.

DEDICATORIAS

A mis padres: Salvador Escorza Flores y Rosario Arregui Balderas, quienes han sembrado en mi el camino de la superación personal y profesional y quien debo lo que soy.

A mis hermanos: Rafael, Conrado, Salvador, Guadalupe, Rosario, Ángeles y Gustavo Escorza Arregui, por su apoyo incondicional, su cariño y comprensión invaluable en mi vida.

A mi esposa: Blanca Estela Escamilla Weinmann por su ternura, amor y comprensión, hasta en los momentos más difíciles.

A mis hijos: Víctor Manuel, Sergio y Eduardo, quienes han sido el motor de mi vida y quienes cada día con su amor me permiten seguir en el camino de la superación.

A mi gran amigo Guillermo Reyes Ruiz por todo su apoyo durante más de 30 años ya que gracias a su amistad he podido culminar mis metas profesionales.

RESUMEN

Todas las instituciones de salud albergan en su interior un universo multifactorial que gracias a la Planeación, organización, integración, dirección y control de sus variables es como se puede eficientar el trabajo complejos factores y recursos, que lo sustentan para poder brindar satisfacción a los usuarios y calidad de la atención. **Objetivos:** Es precisamente para la búsqueda de la calidad de la atención, que se presenta esta investigación cuyos objetivos están encaminados a analizar la calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades de la Cd. De México Dr. Belisario Domínguez del Gobierno del D.F. con base en la opinión de los usuarios. Como objetivos específicos se plantearon identificar los principales problemas que manifiestan los usuarios en la dimensión de estructura, de proceso y de resultados de la calidad de la atención y proponer un modelo de calidad en salud para hospitales de 2º nivel. **Justificación:** Esta investigación se justifica porque permite medir la calidad de la atención de un hospital de 2º nivel monitoreada a partir de la opinión de sus usuarios, lo que permitirá identificar las principales fallas institucionales, para convertirlas en áreas de oportunidad, que permitan mejorar continuamente los servicios. **Marco Teórico:** La calidad es aquel producto o servicio, que cuando lo adquirimos, satisfaga nuestras expectativas, sobradamente. Es decir, que aquel servicio, o producto, funcione tal y como queramos. El paciente y sus familias son frecuentemente olvidadas en los programas que se orientan a mejorar la calidad de la atención. Estos son algunos factores que se relacionan con la satisfacción de los usuarios: trato humanizado, tramitación, informes médicos, encuestas y atención a quejas. El trato frío, impersonal y deshumanizado es tal vez el talón de Aquiles de la medicina institucional; y aunque es característica de difícil corrección, debe ser objeto de atención constante en todo programa orientado a mejorar la calidad. **Metodología:** La hipótesis de trabajo indica que existe un alto nivel de calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez del GDF, según la opinión de los usuarios. La variable medida fue Calidad de la Atención Médica. Sus dimensiones fueron: Estructura, proceso y resultados. De

cada dimensión se estudiaron 11 indicadores para hacer las preguntas del cuestionario. El Diseño metodológico fue: diagnóstico, descriptivo, analítico, transversal y propositivo. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron: las fichas de trabajo, la observación, la entrevista y los cuestionarios. En el criterio de inclusión se tomaron en cuenta a los usuarios de Medicina Interna, Cirugía y Ginecoobstetricia. El Universo fueron los usuarios internados en 120 camas censables, con una muestra de 96 pacientes de los cuales 26 fueron de Cirugía, 49 de Medicina interna y 21 de Ginecoobstetricia. **Resultados:** El análisis descriptivo e inferencial realizado demostraron que existe una alta calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, con base en la opinión de los usuarios.

CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL BELISARIO DOMINGUEZ	4
1.1 Descripción de la situación problema	4
1.2 Identificación del problema	6
1.3 Justificación de la investigación	6
1.4 Ubicación del tema de estudio	7
2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1 Calidad de la atención médica	9
2.1.1 Conceptos básicos	9
- De calidad	9
- Calidad total	10
2.1.2 Teorías más representativas de la calidad	10
- Edward Deming	10
- Phillip B. Crosby	11
- Joseph Jurán	11
- Kaoru Ishikawa	12
2.1.3 Etapas de evolución de la calidad	13
- De inspección	13
- De control	13
- De aseguramiento de la calidad	13

	Pag.
2.1.4 Antecedentes de la calidad por regiones	14
- En Europa	14
- En USA	15
- En Japón	15
- En Latinoamérica	16
- En México	17
3. MARCO DE REFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EMPÍRICO DEL TEMA	18
3.1 Calidad en salud	18
3.3.1 Aspectos introductorios	18
3.3.2 Concepto de calidad en salud	18
- Según el prestador del servicio	18
- Según el cliente	19
3.3.3 Finalidad de la calidad en salud	20
3.3.4 Técnicas de la calidad en salud	20
- Avedis Donabedian	20
- Lee y Jones	21
- Esselstyn	21
- Hare y Barnoon	22
3.3.5 Dimensiones de la calidad en salud, según la teoría de Avedis Donabedian	22

	Pag.
- De estructura	22
- De proceso	23
- De resultados	23
3.3.6 Condicionantes de la calidad en salud	24
- Excelencia técnica e interacciones de agentes de salud	24
- Políticas públicas en materia de calidad	25
• Derivadas del Plan Nacional de Desarrollo	26
- Cero errores	26
- Ciclos de mejora	27
- Respeto a los derechos humanos	27
- Indicadores de gestión	28
- Evaluación y auditoria	29
3.3.7 Organismos que acreditan la calidad en salud	29
- ISO 9000	29
- Joint Commission for the Accreditation of Hospital	30
3.3.8 Los usuarios y la calidad de la atención	31
- El usuario, cliente o paciente	31
- Quien es?	31
- Expectativas del cliente	32
- Satisfacción del cliente	32
- La opinión de los usuarios	33
• Percepción de la buena calidad	33
• Percepción de la mala calidad	33
a) Errores médicos	34
b) Insatisfacción del usuario	35

	Pag.
3.3.9 Condicionantes en la calidad de los usuarios	35
- Orientación	35
- Accesibilidad	36
- Aspecto financiero	36
- Seguridad	37
- Investigación en salud	37
4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	39
4.1 Hipótesis	39
4.1.1 General	39
4.1.2 De trabajo	39
4.1.3 Nula	39
4.2 Objetivos de la investigación	39
4.2.1 General	39
4.2.2 Específicos	40
4.3 Modelo teórico práctico que se utilizó	40
4.4 Operacionalización de las variables	41
4.4.1 Definición operacional de Calidad en salud	42
4.4.2 Modelo de relación de influencia de las variables	46
4.5 Marco metodológico	47
4.5.1 Enfoque	47
4.5.2 Tipo de estudio	47
4.5.3 Área de estudio o ámbito geográfico	48
4.5.4 Población a estudiar	48
4.5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	48

	Pag,
4.5.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de la información	49
- Fichas de trabajo	49
- Observación	49
- Entrevista	49
- Cuestionario	50
4.5.7 Métodos y de análisis de la información	50
4.5.8 Aspectos éticos	50
5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	52
5.1 Universo, población y muestra	52
5.2 Cuadros de la investigación	52
5.3 Comprobación de hipótesis	90
5.3.1 Resultados descriptivos de la ESTRUCTURA	90
5.3.2 Resultados descriptivos del PROCESO	92
5.3.3 Resultados descriptivos de RESULTADOS	94
5.3.4 Análisis inferencial	95
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
6.1 Conclusiones	108
6.2 Recomendaciones	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS Y APÉNDICES	127
• Anexos de la investigación	128
• Glosario de términos	144
• Propuesta fundamental: Modelo de calidad en salud para hospitales de 2o nivel del GDF.	157
• Apéndice : Cuestionario de la investigación	163

INDICE DE CUADROS

	Pag.
Cuadro No. 1: Distribución d la edad de los usuarios del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	53
Cuadro No. 2: Distribución del sexo de los usuarios del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	54
Cuadro No. 3: Distribución del servicio en que están los usuarios del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, DF.....	55
Cuadro No. 4: Distribución del turno de atención de los usuarios del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, DF.....	56
Cuadro No. 5: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a como consideran la orientación que les dan los médicos en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.	57
Cuadro No. 6: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si existe suficiente cantidad de personal médico para el trabajo en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	58
Cuadro No. 7: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si existe suficiente dotación de mobiliario y equipo médico en los servicios en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario	

Domínguez”, del GDF, en México, D.F..... 59

Cuadro No. 8: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a como consideran la cantidad de pacientes que atienden los médicos en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F..... 60

Cuadro No. 9: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a como consideran el número de camas para la atención de pacientes en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F..... 61

Cuadro No. 10: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si existe suficiente dotación de medicamentos en los servicios, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F..... 62

Cuadro No. 11: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si existe suficiente dotación de ropa en los servicios, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.. 63

Cuadro No. 12: Distribución de la opinión de los usuario en torno a si los médicos estan capacitados, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F..... 64

Cuadro No. 13: Distribución de la opinión de los usuarios en torno a como es el funcionamiento del equipo electro-medico en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F. 65

Cuadro No. 14:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a como consideran la distribución física de los espacios, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	66
Cuadro No. 15:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a los alimentos que consumen los pacientes en el servicio, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	67
Cuadro No. 16:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si los médicos cumplen cabalmente en sus actividades técnicas, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	68
Cuadro No. 17:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si los médicos otorgan diagnósticos oportunos en sus tratamientos a los pacientes en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	69
Cuadro No. 18:	Distribución de los usuarios en torno a si los tratamientos que dan los médicos son los adecuados en el hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	70
Cuadro No. 19:	Distribución de la opinión de los Usuarios en torno a como es la relación medico - paciente, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	71

Cuadro No. 20:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a como es la comunicación e información que dan los médicos a los pacientes, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	72
Cuadro No. 21:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a la calidez en la atención de los médicos para los pacientes en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	73
Cuadro No. 22:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno al trato humano del personal médico hacia el paciente, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	74
Cuadro No. 23:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a las medidas de seguridad que tienen los pacientes en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	75
Cuadro No. 24:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si termina el personal médico con todos los detalles en la atención de los pacientes, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	76
Cuadro No. 25:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si consideran que los médicos dominan las técnicas en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	77

Cuadro No. 26:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno al promedio de días de estancia en el que regularmente están en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	78
Cuadro No. 27:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si consideran que existen enfermedades causadas por errores médicos en los pacientes en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	79
Cuadro No. 28:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si consideran que existen altas voluntarias de pacientes, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.	80
Cuadro No. 29:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si creen que el personal médico respeta a los pacientes y familiares, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.	81
Cuadro No. 30:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a que tan rápida es la atención médica a los pacientes en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	82
Cuadro No. 31:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si están satisfechos con la atención que los médicos les proporcionan en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.	83

Cuadro No. 32:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si consideran que los médicos les dan solución a las quejas de los pacientes en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez “ del GDF, en México, D.F.	84
Cuadro No. 33:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si consideran que los médicos les dan seguimiento a su tratamiento en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	85
Cuadro No. 34:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si consideran el tiempo de respuesta de los resultados de laboratorio en el Hospital de especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.	86
Cuadro No. 35:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si consideran que los pacientes confían en la atención que los médicos proporcionan en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.....	87
Cuadro No. 36:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a si creen que los médicos son eficientes en el servicio, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.	88
Cuadro No. 37:	Distribución de la opinión de los usuarios en torno a la calidad de la atención de los médicos a los pacientes, en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, en México, D.F.	89

INDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

	Pag.
Anexo No.1: Áreas de oportunidad detectadas en el Hospital Belisario Domínguez del GDF.....	128
Anexo No. 2: Definiciones de calidad según expertos.....	129
Anexo No. 3: Características de los servicios de salud.....	130
Anexo no: 4: Componentes esenciales de un programa de calidad Hospitalaria.....	131
Anexo No. 5: Estándares para medir la calidad de un servicio.....	135
Anexo No. 6: Elementos básicos de las normas ISO 9000.....	137
Anexo No. 7: Indicadores para medir la efectividad y la calidad de la atención médica.....	138
Anexo No. 8: Manifestaciones de la falta de calidad asistencial.....	140
Anexo No. 9: Atributos que buscan los usuarios de la calidad en salud.....	142
Anexo No. 10: Glosario de términos.....	144
Anexo No. 11: Propuesta fundamental: modelo de calidad en salud para Hospitales de 2º nivel del GDF.....	157
Apéndice No.1: Cuestionario de la Investigación.....	163

INTRODUCCION

La presente investigación tiene por objeto analizar la calidad de la Atención Médica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” del Gobierno del D.F. con base en la opinión de los usuarios.

Esta investigación es de suma importancia porque en los últimos años ha habido un creciente interés sobre los distintos aspectos que tratan sobre calidad en salud y de la atención médica, la idea es hacer las cosas, lo mejor posible para que los clientes, usuarios o pacientes, estén satisfechos con los servicios recibidos. Ahora se considera al usuario y su grado de satisfacción con el producto o servicio recibido, como parte activa e importante dentro del proceso de calidad.

Los términos: cero errores, ciclos de mejora, respeto a los derechos de los pacientes, etc. son ya utilizados en las políticas públicas en interés de la salud de todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) por ejemplo, recomienda que todos los organismos de salud deben asegurar la calidad a través de la confección de normas y pautas o guías basadas en conocimientos profesionales que ayudan a los prestadores de servicios a brindar calidad de la atención.

Un ejemplo del seguimiento de estas políticas son normas creadas por los organismos internacionales de Estandarización conocidos como las normas ISO (Internacional Standard Organization). Derivados de éstas normas, se crea en Estados Unidos la Joint Comisión for the Accreditation of Hospital, que establece los niveles mínimos aceptables de instituciones, equipos, organización administrativa y calificaciones profesionales. Así, la Joint Comisión exige a las instituciones que aspira al reconocimiento de la Certificación que la garantía de la calidad se centre en la identificación de los problemas asistenciales de los pacientes o usuarios.

Por lo anterior, esta investigación contribuye al conocimiento de la calidad, al analizar la calidad de la atención médica de un Hospital de segundo nivel, con base en la opinión de los usuarios. Esto se realiza a fin de identificar las áreas problema de dicho hospital para crear un programa institucional integrado de

mejora continua y resolver la problemática detectados para poder garantizar la calidad de la atención médica en los pacientes. Además, esta investigación propone un modelo de calidad en salud para hospitales de 2º nivel, que podrá ser seguido por cualquier organización que busque la satisfacción de sus clientes.

Entonces, la presente investigación, contribuye al conocimiento de la calidad de dos maneras: la primera porque permite a partir de los indicadores internacionales evaluar la calidad de la atención médica que se esta brindando a los usuarios para identificar su grado de satisfacción o insatisfacción con el servicio médico recibido, y así poder conocer la calidad de atención médica brindada. La segunda es porque con estos resultados, se creará un modelo de calidad en salud, basado en las dimensiones de Estructura, Proceso y Resultados de Avedis Donabedian, con los mismos procesos y productos requeridos para un segundo nivel de atención; con ciclos de mejora continua y círculos de calidad que permitan la satisfacción de los usuarios. Así, con esta propuesta integradora de la calidad asistencial se obtendrán mayores beneficios para el paciente, con el menor riesgo posible.

Para realizar esta investigación se ha desarrollado la misma en seis importantes capítulos que a continuación se presentan.

En el primer capítulo se presenta la descripción del Hospital Belisario Domínguez, en donde se da a conocer la situación problema, la identificación del problema y la ubicación del tema de estudio.

En el segundo capítulo se ubica el Marco Teórico de la investigación, con la variable Calidad de la Atención Médica, en donde se ubican los fundamentos teóricos y metodológicos de esta variable con sus conceptos características, factores y parámetros de la calidad a fin de conformar un conocimiento claro de lo que implica la variable y sus dimensiones de la calidad en Salud, con base en los autores más representativos de la calidad.

En el tercer capítulo se da a conocer el Marco de Referencia del conocimiento empírico del tema en donde se hace una descripción detallada de los estudios o de interés en la temática que tiene que ver con la satisfacción de los usuarios y la calidad de la atención.

En el capítulo cuarto, se ubica el Diseño de la investigación con los supuestos que dan origen a la investigación, los objetivos de la misma el modelo teórico práctico que se utilizó, la operacionalización de las variables y el Marco metodológico de la investigación en donde se presentan: el enfoque, área de estudio, población a estudiar, criterios de selección, exclusión y eliminación de la información y métodos y procedimientos de análisis de la información.

En el capítulo quinto, se presentan los resultados de la investigación, con el Universo, población y muestra, los cuadros de la investigación y la comprobación de hipótesis con los resultados descriptivos e inferenciales de las dimensiones de Estructura, Proceso y Resultados.

Finaliza esta investigación presentando las Conclusiones y Recomendaciones, las referencias bibliográficas y los Anexos y Apéndices en donde se encuentran la propuesta fundamental: Un modelo de calidad en salud para hospitales de 2º nivel del GDF, el glosario de términos y el Cuestionario de la investigación.

1. DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL BELISARIO DOMINGUEZ

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Hospital Belisario Domínguez es el No. 27 de la Red de Hospitales del Gobierno del Distrito Federal y fue inaugurado el 1 de marzo del 2005 por el entonces Jefe de Gobierno Lic. Andrés Manuel López Obrador, siendo Secretaria de Salud, la Dra. Ara Cristina Laurell. (Laurel, 2005: 1).

El Hospital de Especialidades se planeó en respuesta al vacío originado en la red de Hospitales del D.F. consecuencia de que estos en su origen fueron hospitales de Trauma y que más adelante se transformaron en varios Hospitales Generales surgiendo subsecuentemente los hospitales Pediátricos y Maternos Infantiles. De igual forma, así se desarrollaron de manera significativa tanto la Ortopedia y Traumatología, como la Pediatría, ampliando a si mismo, los espacios para la atención obstétrica. Sin embargo, existían faltantes tanto en lo que se refiere a la atención de embarazos de Alto Riesgo, como en lo relativo a diversas especialidades sobre todo las derivadas de la Medicina Interna, con énfasis en la Cardiología. Por eso se crea el Hospital Belisario Domínguez del GDF.

El Hospital Belisario Domínguez está ubicado en la zona urbana de la Delegación Iztapalapa en un predio que reúne las características adecuadas para su instalación, con una superficie de casi 24,000 metros cuadrados, siendo la superficie de construcción de 16,000 metros cuadrados. (Laurel, 2005: 2).

Tiene el Hospital una plantilla de más de 900 trabajadores, siendo el sector más numeroso el relativo a enfermería. El equipo de imagen y radiodiagnóstico al igual que el disponible en la terapia intensiva, responde al más alto desarrollo tecnológico. Se cuenta con tres pisos de hospitalización, con 40 camas cada uno, de las áreas de Gineco Obstetricia, Cirugía General, y Medicina Interna, siete salas de operaciones (cuatro de cirugía general, dos de cirugía de corta estancia y una de tococirugía) y dos salas de expulsión. (Laurel, 2005: 1).

En el Hospital de especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, el personal médico, de enfermería de trabajo social, de servicios

administrativos, además de establecer un compromiso de trabajo profesional con los pacientes y sus familias, también se ha preocupado por esforzarse de manera constante para proporcionar la atención de la más alta calidad.

Una de las formas de conocer la calidad que se está proporcionando el Hospital es evaluando e identificando en aquellos usuarios, clientes o pacientes la prestación del servicio, ya que este es el principal objetivo del hospital, el contar con usuarios plenamente satisfechos con la atención recibida. Así, en el historial de evaluación que tiene el hospital, se han encontrado que la calidad proporcionada está en rangos de malos, buenos y excelentes servicios, a partir de las emisiones, de las opiniones del paciente y familiares.

Lo anterior significa que todavía hay insatisfacción de los pacientes por el servicio y esta insatisfacción significa áreas de oportunidad para el personal directivo y para el personal operativo, que tratan de mantener su profesionalismo y entrega a los usuarios. A continuación se visualizan las principales insatisfacciones de los usuarios en materia de estructura, proceso de atención y de resultados son:

Desde el punto de vista de la estructura, los usuarios se quejan por la carencia de material y equipo, por el desconocimiento de personal de las políticas y normas institucionales, desconocimiento de las principales funciones y actividades de los médicos, desconocimiento de los manuales de organización que guíen la actuación de los médicos, escasa dotación de mobiliario, déficit en la calidad de los médicos que deben estar en los servicios, exceso de trabajo de los médicos en la atención de los pacientes y sobrecarga del archivo clínico que de idea de que la sobrepoblación ha rebasado la atención debida.

Desde el punto de vista del proceso de atención los pacientes se quejan de no contar con diagnósticos oportunos, con trato poco humano del médico hacia los pacientes, falta de calidez en la atención, lentitud en la obtención de los resultados de laboratorio y distanciamiento de las citas para el seguimiento hasta más de 3 meses.

En cuanto a los resultados, los usuarios manifestaron insatisfacción porque la atención no es rápida, no hay solución a sus quejas, existen retrasos en los ingresos al paciente y tampoco se da seguimiento a los tratamientos brindados.

(Ver Anexo No. 1: Áreas de oportunidad detectados en el Hospital Dr. Belisario Domínguez de GDF).

Por lo anterior, conviene identificar mediante un análisis profundo, la calidad de la atención médica desde la óptica de los usuarios y también, que es lo que está sucediendo en la infraestructura hospitalaria y en los resultados que visualizan los usuarios como problemas claves de la atención y del servicio recibido.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación es la siguiente:

Cuál es la Calidad de la Atención Médica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” del GDF en México D.F. con base en la opinión de los usuarios?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar la calidad de la Atención Médica permite mediante sus componentes de atención técnica, manejo de la relación interpersonal y ambiente en el que se lleva el proceso de atención, ser medida por los usuarios, que son los ejes y el principal objetivo de la atención, ya que este permite monitorear a toda una organización de salud con solo visualizarla desde la óptica del servicio recibido. Entonces, evaluar la atención médica desde la óptica del usuario permite identificar las principales fallas institucionales tanto en el aspecto técnico del proceso de atención, como el aspecto de infraestructura hospitalaria, para poder realizar intervenciones definitivas que mejoren los servicios.

En segundo lugar ésta investigación se justifica porque el Hospital Belisario Domínguez es una organización de salud que tiene desde su inicio, la perspectiva de una mejora continua, en donde tanto el médico como los usuarios trabajen activamente y en conjunto, para producir bienes de salud y otorgar servicios

demandados por los clientes. En términos generales esta forma de trabajar se convierte en una metodología de autoevaluación para que el hospital mejore regulando sus actividades y otorgando mejores resultados a los usuarios. Para asegurar esta calidad, el área de salud se somete a normas, pautas y guías que puedan facilitar el desarrollo de proceso de calidad. Estas normas son creadas por un Comité de Expertos y organismos instrumentados de estandarización, concretos como normas ISO (Internacional Standard Organization) que se constituyen herramientas para asegurar la calidad.

Luego entonces, el conocer los resultados de esta investigación donde el usuario presenta su visión de la calidad del servicio recibido, estas opiniones se constituyen de gran utilidad para poder llegar a los indicadores o estándares de control de aseguramiento de la calidad a partir de la satisfacción plena de las necesidades y expectativas de los clientes. Además, la evaluación de los organismos de salud está también siendo medida por la Joint Commission que permite conocer los estándares mínimos aceptables de calidad que otorga una organización de salud.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente investigación se ubica en Administración y en salud. Se ubica en Administración porque la variable calidad de la atención médica se estudia en todo el proceso administrativo específicamente en la etapa de control porque en esta etapa es en donde se miden los logros alcanzados de lo que se ha planeado y que permita a través de una retroalimentación y corrección de procesos, conseguir las herramientas y estrategias de apalancamiento para reorganizar la prestación de la atención con calidad. También se ubica en la etapa de dirección, porque los administradores de salud con base en los resultados obtenidos y con base en la política de salud vigente, pueden tomar las decisiones pertinentes para establecer los procesos de mejora continua que permitan diseñar medidas para promover los procesos de salud.

Se ubica en salud porque todos los organismos de salud cuentan con una infraestructura hospitalaria que proveen los insumos que requiere el paciente, tienen un proceso de atención en donde hay una interrelación médico-paciente importante y poseen un objetivo principal y primordial que satisfacer las necesidades de los usuarios. Esto significa que la salud en una organización hospitalaria es el valor de más alto nivel para lo que tanto médicos como personal administrativo, de diagnóstico, tratamiento y servicios generales, buscan brindar esta salud a la población usuaria que la demanda.

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

2.1.1 Conceptos básicos

- De calidad

Para Esteban Altozano la calidad tiene muchas definiciones, pero la básica es aquella que dice que es aquel producto o servicio que nosotros adquiramos satisfaga nuestras expectativas sobradamente. Es decir, que aquel servicio o producto funcione tal y como nosotros queramos. Con todo y a pesar de esta definición el término “Calidad” residirá en un producto y en otros en su servicio por poner un ejemplo. (Altozano, 2012:4). Por su parte para Jaime Otero M. y Jaime I. Otero I, la calidad es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata entonces, de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. (Otero, Otero, 2002:1).

Para José Manuel Martín Gómez y Francisco Hernán Maldonado la calidad es la opción de acreditación de un trabajo, desde un punto de vista legal, como cumplidor de una expectativa. Es decir, el cumplimiento demostrado de una promesa. Así, si se dice que un proceso laboral es de calidad, en realidad se dice que dicho proceso ajusta a la demanda de perfección pactada para el mismo, previamente. (Martínez, 2007: 234). (Ver Anexo No. 2: Definiciones de calidad según expertos).

- De calidad total

El International Organization Standardization (ISO) 8402 define la calidad total como “La totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que un usuario requiere para satisfacer sus necesidades”. Así, se toma como “un conjunto de propiedades o características de un producto o servicio, con habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas”. (Malagón, 2007: 18). De hecho, para Dense Stern la calidad total se define mejor como una actitud, una orientación que impregna toda la organización y la forma en que esa organización realiza sus actividades internas y externas. Las personas que trabajan en organizaciones dedicadas al concepto de calidad total en constante búsqueda de la excelencia y la mejora continua de la calidad en todo lo que hacen. (Stern, 1999: 2).

2.1.2 Teóricos más representativos de la calidad

- Edward Deming

Edward Deming fue un estadígrafo industrial que nació en 1900 y murió en 1993. En su honor fue establecido en Japón el premio de calidad W.E. Deming. Hizo muchas aportaciones con una reacción en cadena que habla de: Mejora de calidad, reducción de costos con menos errores, menos repeticiones de trabajo, menor número de retrasos y un mejor uso del tiempo y los materiales, entre otros. Deming propuso también 14 principios para la alta administración americana, ha definido a la calidad en la forma siguiente: “Hacer las cosas bien, asegurándose con la estadística que está bien”. (Marriner, 1997: 477).

Edward Deming destacó por su impulso al uso del control estadístico de proceso para la administración de calidad y motivó a que los administradores se basaran más en los controles estadísticos para tomar decisiones y no tener tanto control en los procesos. Promovió el cambio planeado y sistemático a través del círculo de Shewart, que la gente acabó por llamar círculo de Deming. También rediseñó los

trabajos y los métodos de supervisión para devolver al trabajador la dignidad en su trabajo, al ser tomado en cuenta y valorar su capacidad para participar en el cambio. (Vélez, 1992: 16).

- Phillip B. Crosby

Phillip B. Crosby, nació en 1926, fue Director de calidad en 1965 de ITT y asesor de la calidad desde 1979. Definió la calidad como la conformación a los requerimientos. Consideró que el sistema para la creación de la calidad es la prevención de errores en lugar de la evaluación y que el remedio para la calidad es decisión, educación e implementación. Definir el estándar de “cero defectos” al no tolerar errores y mencionó los 14 pasos para el mejoramiento de la calidad. (Marriner, 1997:477).

Crosby se ha distinguido por su carisma y por sus afirmaciones de que “la calidad no cuesta ya que es gratis y es cero defectos”. Él, implementó la palabra de la “prevención” como una palabra clave en la definición de la calidad total, ya que el paradigma Crosby quiere eliminar que la calidad se da por miedo de inspección, de prueba, y de revisiones. Esto originaría pérdidas tanto de tiempo como de materiales, ya que con la mentalidad de inspección está preparando al personal a fallar. Por lo tanto, “hay que prevenir y no corregir”. (Vélez, 1992: 21).

- Joseph Jurán

Joseph Jurán fue gerente de calidad en Westinghouse Electric. Instruyó y asesoró en Japón sobre productividad en 1954. Considera que los principales aspectos de la calidad son: Técnicos... (fácil de cumplir) y Humanos... (los más difíciles hoy). Además cree que todo programa de calidad debe tener: educación masiva, programas anuales de mejora y de liderazgo de la dirección. (Bastida, 1994: 30).

Para Joseph Jurán la calidad del producto implica adecuación al uso, calidad del diseño y disponibilidad. Esta trilogía de la calidad consiste en: la planeación de la calidad, control de calidad y mejora de la calidad. De hecho, la adecuación al

uso, implica todas las características de un producto que el usuario reconoce que lo van a beneficiar. Esta adecuación siempre será determinada por el usuario o comprador y nunca por el vendedor o el fabricante. La calidad de diseño; asegura que el producto va a satisfacer las necesidades del usuario y que se diseñe el uso que le va a dar. Se tiene que llevar a cabo una completa investigación del mercado, para definir las características del producto y las necesidades del cliente. La disponibilidad, es otro factor de la adecuación de la calidad del uso. Esto se define durante el uso del producto y tiene que ver con el desempeño que tenga y su vida útil. Así, el artículo debe de servir de manera continua al usuario. (Vélez, 1992: 21).

- Kaoru Ishikawa

Kaoru Ishikawa nació en 1915. Su padre fue un destacado industrial graduado en la Universidad de Tokio, (1939) en química aplicada. En 1949 se desarrolla al proyecto control de calidad nacional y se convierte en asesor de la Calidad en el Sureste Asiático. Su filosofía se basa en practicar el control de calidad: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, útil y satisfactorio para el consumidor. El autor considera que la calidad total es compromiso de todos en la organización. También es crear humanismo en la empresa para obtener las cosas con voluntad y desarrollo de las personas, mediante el uso de su inteligencia. De igual forma, considera que las utilidades a corto plazo, presionan a la no calidad. (Bastida, 1994: 34).

Se atribuye al profesor Ishikawa ser pionero de los movimientos de los círculos de calidad. Al igual que otros, Ishikawa puso especial atención a los métodos estadísticos y prácticos para la industria. Prácticamente su trabajo se basa en la recopilación de datos. Una valiosa aportación de Ishikawa es el diagrama causa – efecto (o de pescado) que lleva también su nombre. El diagrama causa-efecto es utilizado como una herramienta que sirve para encontrar, seleccionar y documentarse sobre las causas de variación de calidad en la producción. (Vélez, 1992: 22).

2.1.3 Etapas de evolución de la calidad

El concepto de calidad ha sufrido un importante proceso evolutivo desde que el trabajo se realizaba en forma artesanal y el producto o servicio brindado surgía de la interacción directa entre quien hacía el trabajo y quien lo solicitaba y recibía el resultado del mismo. La consecuencia era la completa adecuación del bien o servicio producido a las necesidades y requerimientos del usuario. A partir de este momento y hasta nuestros días, la evolución del abordaje de la calidad puede resumirse en cuatro grandes etapas sucesivas que fueron ampliando y complementando los principios reguladores de la etapa anterior. (Amarilla, 2012: 5).

- De inspección

En la etapa de Inspección se hace énfasis en la detección de no conformidades o bienes fallados. Se tiene una actitud reactiva y no se pretende evitar la repetición de los distintos departamentos de la organización. (Amarilla, 2012: 5).

- De control

En la etapa de control de calidad, se introduce el control estadístico de proceso, que establece límites estrictos de variabilidad en el proceso productivo según las especificaciones establecidas. Si bien esta sigue siendo una actitud reactiva, la detección de errores se lleva a cabo durante el proceso productivo y se trata de eliminar las causas que generaron la falla. Se mantiene la falta de relación entre los distintos departamentos de la organización. (Amarilla, 2012: 5).

- De aseguramiento de la calidad

En la tercera etapa de aseguramiento de la calidad una vez logrado el control de proceso y habiendo experimentado las ventajas de su implementación, se piensa

en extender el control de la calidad de los bienes producidos hasta sus orígenes y de ese modo, se cambia hacia una actitud preventiva aplicando el control de la calidad tanto al diseño del producto como al diseño del proceso productivo que se llevará a cabo. Este enfoque comienza a requerir la interacción entre distintos departamentos de la organización para la resolución de los problemas surgidos y la eliminación de su causa raíz. Si bien las actividades se mantienen centradas en el producto, se comienza a pensar en el usuario porque se desarrollan actividades sistemáticas para “asegurar” y de ese modo generar la confianza del cliente/usuario en que el bien producido cumplirá con los requisitos establecidos. Dicha sistematización de actividades sigue las pautas referenciales planteadas por la familia de normas ISO 9000. (Amarilla, 2012: 5).

2.1.4 Antecedentes de la calidad por regiones

- En Europa

En 1957 se funda en Europa la Organización Europea para la Calidad (EQQ). En 1988 se crea la Fundación para la Gestión de la Calidad (EFQM) con el objetivo de promover la Gestión de la Calidad Total. Los organismos más importantes en Europa son: 1. Organismos de Normalización: CEN (Comité europeo de normalización). CENELEC (Comité europeo de normalización electrotécnica) y ETSI (Instituto europeo de normas de telecomunicación). 2. Organismos de Acreditación Europea (EA). 3. Organismos de Control y Certificación (EOTC) y 4. Organismo de Control Metodología (EUROMET). 5. Infraestructura de la calidad en España (MINER): El Ministerio de Industria y Energía (MINER) es el encargado de revisar y adaptar la infraestructura para la calidad y la seguridad industrial. (Altozano, 2012: 4).

- En USA

El control de calidad moderno o control de calidad estadístico (CCE) comenzó en los años 30 con la aplicación industrial del cuadro de control ideado por el doctor W.A. Shewhart, de Bell Laboratories. De hecho, la segunda guerra mundial permitió aplicar el cuadro de control a diversas industrias en los Estados Unidos, cuando la simple reorganización de los sistemas productivos resultó inadecuados para cumplir con las exigencias del estado de guerra. Pero al utilizar el control de calidad los Estados Unidos se lograron producir gran cantidad de artículos militares a bajo costo. Según Ishikawa, los académicos japoneses se habían dedicado seriamente al estudio de la estadística moderna, pero su trabajo se expresaba en un lenguaje matemático difícil de entender por lo que no logró una acogida popular. El control de calidad dependía por completo de la inspección, el Japón seguía compitiendo en costos y precios, pero no en calidad. (Schuartzmann, 2012: 4).

- En Japón

Japón, que queda en ruinas después de su derrota en la segunda guerra mundial, es ocupado por las fuerzas norteamericanas que tuvieron grandes problemas especialmente en las comunicaciones, por lo que ordenaron a la industria japonesa de comunicaciones utilizar el control de calidad moderno y tomar medidas para educar a la industria. “Este fue el comienzo del control de calidad estadístico en el Japón. En mayo de 1946”. A pesar de que se presentaron algunos problemas derivados de transferir el método norteamericano, sin ninguna modificación, al Japón, los resultados fueron halagüeños y prometedores por lo que este método rápidamente se difundió más allá de la industria de las telecomunicaciones. El control de calidad que fue invento norteamericano, ahora tiene aplicación universal. (Schuartzmann, 2012: 4).

En esa época Ishikawa definió así el control de calidad: “(...) es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más

económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor”. Para Shewart (1930) es: “el resultado de procesos estadísticamente estables”, para Deming (1942): “el grado de uniformidad predecible” y para Donabedian en 1990: “lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos determinados”. Hoy, todos estos conceptos se han modificado levemente a través de los años aproximadamente hacia el quehacer del hombre. (Schuwartzmann, 2012: 5).

- En Latinoamérica

En América Latina la falta o deficiencia en el crecimiento económico de los países llevó a un desequilibrio en el financiamiento y generó una reducción drástica del gasto social, de los salarios y remuneraciones a consecuencia del desempleo, lo que aumentó el número y grado de familias pobres. (Torres Arreola, 2003: 360).

Por lo anterior, una primera fase de modelo de desarrollo en México se dirigió a establecer programas para combatir la pobreza. En esta transición se importó un nuevo modelo: el de la globalización. Sin embargo, generó una depresión económica de áreas y sectores productivos que no tenían la capacidad para competir con el mercado internacional. A esto se sumaron las consecuencias de un sistema educativo deficiente, la incertidumbre frente al futuro del sistema de pensiones, la falta de equidad en los servicios de salud y la deficiente calidad de los mismos. De ahí que la premisa de la segunda fase del nuevo modelo de desarrollo en lo que a salud se refiere se centre en la equidad, eficiencia, efectividad, sustentabilidad, participación social y calidad de los sistemas y servicios de salud. (Torres Arreola, 2003: 360).

De lo anterior se desprende que los esfuerzos de los sistemas de salud en América Latina en la búsqueda de la equidad se dirigen a aumentar la cobertura, mediante la implementación de una serie de programas y paquetes básicos de salud que puedan llegar a toda la población, principalmente a la que vive en extrema pobreza en las áreas urbanas y rurales. Sin embargo, todavía existen

disparidades en la distribución de los recursos físicos, humanos y financieros que afectan e inciden sobre la calidad de la atención. (Torres Arreola, 2003: 360).

El Latin American Quality Institute es el organismo latinoamericano encargado y responsabilizado por la ONU de celebrar oficialmente para Latinoamérica el “World Quality Day”. Latin American Quality Week actualmente es el principal evento realizado en Latinoamérica para aquellos que han asumido la Calidad Total como misión. (Altozano, 2012: 3).

- En México

Para Enrique Ruelas en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social fue el primero en poner en marcha los trabajos para asegurar niveles de calidad en los servicios de salud a través del instrumento como la auditoría de expedientes médicos y las cédulas de evaluación hospitalaria. En 1986, el Instituto Nacional de Perinatología fue la segunda institución en poner en práctica otra estrategia con la que se demostró la importancia de la participación de todos los involucrados en la prestación de los servicios de salud, pues con ella se podrían lograr mejoras en la calidad del servicio y, por ende, satisfacción en el usuario. (Aguirre Gas, 2009: 2).

Al hablar de la importancia de analizar estándares nacionales e internacionales para conocer las fallas y las oportunidades para otorgar servicios médicos de mayor calidad, en un primer momento se pensó que México nunca alcanzaría los estándares de las naciones industrializadas, porque erróneamente se pensaba que incluían equipos sofisticados y tecnología de punta carísimos, cuando no es así. En la actualidad, estos criterios se aplican en México en hospitales, e incluso hasta en consultorios. (Aguirre Gas, 2009: 2).

3. MARCO DE REFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EMPÍRICO DEL TEMA

3.1 CALIDAD EN SALUD

3.3.1 Aspecto introductorio

En los últimos años ha habido un creciente interés sobre los distintos aspectos que tratan sobre calidad en salud. Esta área, relativamente nueva y con un gran desarrollo, puede ser abordada en enfoques diversos y se ha ganado un espacio en la mayoría de los congresos, nacionales e internacionales. La idea de calidad en salud puede sonar amplia, difusa y subjetiva. Sin embargo, se trata de un concepto concreto y pasible de ser medido, con la consiguiente reducción de la subjetividad. Si bien es real que en muchos casos no estamos entrenados para evaluar fehacientemente nuestra propia práctica, también es verdad que si no intentamos hacerlo, difícilmente podamos realizar intervenciones para mejorarla. No estamos hablando de diferentes opciones de trabajo, sino de un imperativo ético: hacer las cosas lo mejor posible. (Schwartzmann, 2012: 2).

3.3.2 Concepto de calidad en salud

El Instituto de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica define la calidad de la asistencia sanitaria como en la medida en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. La atención debe estar basada en la más fuerte evidencia clínica y siempre de una manera técnicamente y culturalmente competente con una buena comunicación y la toma de decisiones compartida. (Stern, 1999: 2).

- Según el prestador del servicio

Según Avedis Donabedian, los proveedores de atención comprenden una amplia gama de normadores de políticas, administradores, supervisores y facultativos que proporcionan una gran variedad de servicios clínicos y otros, relacionados. La

literatura se ocupa también de los profesionales médicos que administran, supervisan o proporcionan cuidado directo a los pacientes. Así, los profesionales tienden a definir la calidad no en términos generales, sino especificando en detalle las actividades clínicas de la atención al paciente y enfocando casi exclusivamente el manejo técnico. (Donabedian, 1999: 60).

Los proveedores o prestadores de servicios tienen como misión principal cumplir con las expectativas de los usuarios al contar con todos los elementos suficientes para trabajar y para asegurar la oportunidad de satisfacer a los clientes. Así, esta satisfacción de los clientes se evalúa mediante los siguientes aspectos: disponibilidad de áreas físicas, equipo e instrumental, remuneración congruente con la eficiencia de los trabajadores por el esfuerzo realizado, oportunidad de superarse de estos trabajadores, participación en equipos de trabajo y congruencia de perfil con el trabajo específico que se desempeña. (Donabedian, 1999: 60).

- Según el cliente

El paciente y sus familias son personajes frecuentemente olvidados en los programas que se orientan a mejorar la calidad de la atención. Algunos factores se relacionan con la satisfacción del usuario son: trato humanizado, tramitación, informes médicos, encuestas y atención a quejas. El trato frío, impersonal y deshumanizado, tal vez sea el talón de Aquiles de la medicina institucional, es característica de difícil corrección y debe ser objeto de atención constante en todo programa orientado a mejorar la calidad. Los directivos, sin perderse en las complejidades teóricas del comportamiento humano, deben diseñar medidas de trato humano o al menos cortés. (Donabedian, 1999: 473). Así, la satisfacción del usuario representa el grado de discordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida por el usuario. De esta manera, se puede evaluar el grado de satisfacción considerando los siguientes aspectos: Atención personalizada, oportunidad en la atención, realización óptima en el proceso de la atención, realización óptima en el proceso de la atención, trato amable, ambiente

reconfortable, información recibida por el personal de salud y resultados satisfactorios. (Donabedian, 1999: 473).

3.3.3 Finalidad de la calidad en salud

La calidad bajo una perspectiva de la mejora continua tiene la finalidad de velar porque ambas partes: prestador y usuario, trabajen activamente y en conjunto para la obtención de la misma. Por ello, en todos los Modelos de Calidad – instrumentos de diagnóstico de calidad, que ordenan sistemáticamente los factores más críticos para el buen funcionamiento de toda la organización, lo que permite y facilita la mejora - se considera al usuario y su satisfacción con el producto o servicio recibido, como parte activa e importante dentro del proceso de calidad. (García, 2001: 1). (Ver Anexo No. 3: Características de los servicios de salud).

3.3.4 Teóricos de la calidad en salud

- Avedis Donabedian

Para Diego Ayuso Murillo y Rodolfo F. Grande Seller, Donabedian optó por describir la calidad asistencial basándose en sus tres componentes: científico-teórico, interpersonal y de entorno. Así, el científico-técnico se refiere a la calidad real que el paciente recibe tras un diagnóstico o un tratamiento. La calidad técnica es difícil de juzgar por el propio paciente, de hecho, le resulta casi imposible. No obstante, puede ser juzgada por el juicio de otros profesionales. (Ayuso Seller, 2006: 534). El compromiso interpersonal incluye lo que se denomina calidad funcional y hace referencia a la forma en que se presta la asistencia sanitaria. Es en este caso el paciente es quien juzga si el trato, explicaciones, etc. son satisfactorios. (Ayuso Murillo, 2006: 534). Por último, el componente de entorno de la calidad asistencial se ha relacionado con el confort, las condiciones de accesibilidad, etc. al igual que los dos anteriores, afecta a la imagen percibida por

pacientes, familiares y sociedad de los centros y profesionales y, obviamente, condiciona las valoraciones de la calidad que realizan los pacientes (calidad corporativa). (Ayuso Seller, 2006: 534).

- Lee y Jones

Lee y Jones definieron la buena asistencia médica como la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica moderna a las necesidades de la población. Subrayaron la importancia de las acciones preventivas, la colaboración y la relación interpersonal entre los profesionales sanitarios y los pacientes y la coordinación con el trabajo de bienestar social y con todas las clases de servicio médico. (Varo, 1994: 59). Estos autores introducen en su definición de la calidad de la asistencia sanitaria conceptos presentes en la definición genérica de la calidad de los servicios, tales como la conformidad interna, la prevención y la participación de los consumidores en la producción del servicio.

- Esselstyn

Esselstyn propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: el grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada, y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático. (Varo, 1994: 59).

En esta definición se contemplan nuevos conceptos: la disponibilidad, que subraya el carácter del servicio de la asistencia médica y los usuarios que no compran la propiedad sino el servicio, la aceptabilidad o satisfacción del cliente y el registro de la asistencia prestada. (Varo, 1994: 59).

- Hare y Barnoon

Hare y Barnoon han formulado una definición de la calidad asistencial que ha sido aceptada por la American Society of Internal Medicine. Según estos autores, la asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además, la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente. (Varo, 1994: 59). Dos nuevos conceptos se incluyen en esta definición: la calidad del diseño, en función de las necesidades del paciente y la eficiencia de la prestación, es decir, el uso adecuado de los recursos con relación a los beneficios que se pretenden obtener.

3.3.5 Dimensiones de la calidad en salud según la teoría de Avedis Donabedian

Avedis Donabedian sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de: estructura, proceso y resultados, marcando la evolución conceptual y metodológica de la gestión de la calidad en el sector sanitario. Este modelo es compatible con la aplicación de modelos de mejora continua, razón por la que servirá de hilo conductor para describir posibles técnicas y métodos con que se puede asegurar y mejorar la calidad de la asistencia que prestan los profesionales sanitarios en cualquier organización, pública o privada. (Ayuso, Sellera 2006: 356).

- De estructura

La estructura comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria, los instrumentos y recursos que tiene a su alcance y los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los hospitales, el origen

de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los servicios, el sistema retributivo y la organización formal del personal sanitario. (Ayuso, Sellera, 2006: 536). El valor de la estructura para asegurar la calidad puede ser interpretado de dos formas diferentes: Primero, puede entenderse que para prestar un determinado nivel de calidad se precisan unos recursos mínimos y segundo, que a partir de unos recursos conocidos, cabe esperar un determinado nivel de calidad en la prestación sanitaria. (Ayuso, Sellera, 2006: 538).

- De proceso

Un buen resultado se alcanzará en la medida que se le aplica al paciente un proceso basado en evidencias científicas. La lógica es sencilla. Debe “hacerse lo correcto”, y debe “hacerse bien”. (Ayuso, Sellera, 2006: 538). Así, por proceso se entiende el “conjunto de actuaciones, decisiones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido”. En otras palabras, un proceso es la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad. El caso de un proceso asistencial es la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. (Ayuso, Sellera, 2006: 539).

De hecho, la definición y difusión de protocolos, guías de práctica clínica y vías clínicas elaborados basándose en la mejor evidencia disponible y que minimizan los riesgos de decisiones inadecuadas y las variaciones debidas de estilos de práctica peculiares, constituyen de las formas tradicionales de abordar el aseguramiento de la calidad en los centros sanitarios.

- De resultados

En calidad es importante para poder medir los resultados. En calidad se trabaja la base de datos y hechos, no de impresiones o creencias. La única forma de saber si estamos mejorando y por tanto, de aplicar un ciclo de mejora, es disponer de la

información sobre como estamos y sobre cómo evolucionamos. Normalmente se trabaja basándose en criterios definidos que se consideran que son una práctica de calidad, estándares (metas que se debe alcanzar, o dicho de otra forma, hasta dónde debemos llegar para afirmar que se esta haciendo razonablemente bien) e indicadores que permiten conocer por dónde vamos y si alcanzamos los estándares de calidad que nos fijamos. (Ayuso Sellera, 2006: 542). Para Laura Schwartzman en términos pragmáticos se puede afirmar que la fórmula para obtener los mejores resultados (calidad del servicio) exige el equilibrio entre la calidad del recurso humano (estructura) y la calidad de los procesos (acto médico, interacción paciente-profesional de salud). La única manera de conocer y comprobar que estamos obteniendo los mejores resultados de la calidad del servicio, es mediante el diseño de indicadores de gestión que nos permita evaluar, analizar y revalidar tanto la estructura como los procesos, criterios y estándares de calidad. (Schuwartzmman, 2012: 6).

3.3.6 Condicionantes de la calidad en salud

- Excelencia técnica e interacciones de agentes de salud

Para Roberto E. García la calidad en salud siempre lleva implícitos 2 conceptos que son: 1. La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, “hacer lo correcto, correctamente” y 2. Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. (García, 2001: 2). Lo anterior significa que se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores “Aquellos que no lo logran no se consideran que son de calidad. Es decir, el cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas y no habrá recibido

una atención “de calidad”. No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos del paciente, los resultados médicos que obtenga del tratamiento recomendado. El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado. (Otero, Otero, 2002: 2).

- Políticas públicas en materia de calidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una gran cantidad de conocimientos y experiencias en la mejora de la calidad de la atención sanitaria se ha acumulado a nivel mundial durante muchas décadas. A pesar de esta riqueza de experiencia, el problema a menudo se enfrentan los encargados de formular políticas a nivel nacional, tanto en países de altos y bajos ingresos medios es saber qué estrategias de calidad con las iniciativas estratégicas existentes tienen que realizarse para buscar el mayor impacto en los resultados obtenidos por los sistemas de salud. (Bengoa, 2006: 1).

La razón para este enfoque de calidad es el entendimiento de que en la mayoría de los países hay una enorme cantidad de la preparación y la acción local para mejorar la calidad, pero con frecuencia esta acción se lleva a cabo en una política insuficiente y estrategias poco sólidas. Por otra parte, el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en países bajos ingresos también requerirá una manera organizada de todo un sistema de perspectiva. Es bien reconocido hoy que muchos países de bajos ingresos, tendrán sustancial dificultades para alcanzar los ODM. La falta de inversión financiera suficiente, la fragmentación de la prestación de servicios de salud, y la mala calidad de los servicios se consideran obstáculos clave para la implementación exitosa de programas de salud. (Bengoa, 2006: 8).

- Derivadas del Plan Nacional de Desarrollo

Todas las instituciones y las organizaciones que se dedican a brindar atención médica se afectan por el Plan Nacional de Desarrollo que comprende los pilares de Orden y Respeto, Crecimiento con Calidad y Desarrollo Humano, de donde se derivan el Programa Nacional de Salud y los modelos de gestión de calidad. (Uscanga, 2005: 3). Lo anterior requirió que el personal de salud que actualmente se centraba en aspectos asistenciales, al vernos inmersos en la vorágine de la calidad, aprendiéramos aspectos que no nos enseñaron en las escuelas como los criterios para la certificación con el Consejo de Salubridad General para hospitales donde vemos criterios de estructura, procesos, resultados, un sistema de información, aspectos como los plasmados en modelo nacional de calidad de donde se derivó el modelo INTRAGOB, aspectos mencionados en ISO 9001-2000, etc. Así, la zona “cómoda” desapareció y actualmente se enfrenta el reto de aprender estos conceptos para integrarlos en nuestras organizaciones. (Santos, 2005: 3).

- Cero errores

Según Santos R. Uscanga Sánchez, los pacientes llegan a organizaciones de atención médica que están insertas en un sistema de salud con una filosofía y un modelo mental, reciben atención médica, y alguna de las veces, se comete algún error, y en alguna proporción ese error lleva a una complicación y esa complicación puede llevar a la muerte. Este comportamiento nos lleva a la reflexión previamente presentada posicionando a la muerte, las complicaciones y a los errores, con una relación estrecha sobre la eficiencia, la filosofía y el modelo mental que rigen nuestro Sistema Nacional de Salud, más que solamente una falta de acciones correctas en cada momento de la atención médica. (Uscanga, 2005: 4).

- Ciclos de mejora

Los ciclos de mejora de la calidad se implementan en los servicios que están funcionando, considerándose a las situaciones problemas como oportunidades de mejora. A estas situaciones se les somete al análisis (¿qué funciona mal? ¿Porqué funciona mal?) Con el objetivo de intervenir para mejorarlas. Este constituye el núcleo central de los programas de gestión de la calidad y requiere imprescindiblemente del compromiso y la participación de todos los actores implicados en la mejora. El ciclo de mejoría de la calidad, (en ingles, Plan, do, sud, acto) se inicia cuando se identifica un problema dentro de un proceso y tiene como objetivo el diseño (plan), la implementación en pequeña escala de una alternativa para solucionarlo o minimizar su impacto (do), el análisis y la evaluación posterior (checo o sud) y la extensión de la intervención a mayor escala (acto). (Schwartzmann, 2012: 3).

- Respeto a los derechos de los pacientes

Para Javier Rodríguez Suárez y Pilar Mata Manta Miranda una parte importante de las decisiones de calidad, no solamente médicas sino también jurídicas y de otras disciplinas, se sustentan en evidencias confiables y científicamente comprobadas, mismas que deben ser accesibles y aplicables a problemas cotidianos. Lo anterior tiene mayor relevancia en vista de la mayor información que tiene la sociedad en lo que respecta a su derecho a la salud y a que ésta sea protegida por todos los medios a su alcance. (Rodríguez; Mata, 2007: 1).

En este contexto, la práctica médica debe contemplar condiciones de respeto a los derechos de los pacientes y la observancia permanente de los principios éticos y deontológicos, buscando siempre responder con la mayor seguridad a las necesidades de los mismos. Lo anterior solamente puede lograrse desde el punto de vista técnico a través del dominio de los conocimientos propios de la disciplina, así como, de la aplicación de las habilidades y destrezas necesarias para su desempeño diario. Hasta hace unos años, la opinión de los expertos era lo que

prevalecía como punto de partida para cualquier decisión médica. Sin embargo, con la introducción de la medicina basada en la evidencia que consiste en el uso razonado y explícito de la mejor evidencia accesible para la toma de decisiones sobre la atención de los pacientes, el modelo cambió predominando el uso de los conocimientos generados por trabajos de investigación válidos y su aplicación en la práctica diaria. (Rodríguez; Manta, 2007: 1). (Ver Anexo No. 4: Componentes esenciales de un Programa de Calidad Hospitalaria).

- Indicadores de gestión

Para Jaime Otero M. y Jaime I. Otero el estándar es un enunciado establecido por Comités de Expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad. (Otero, Otero, 2002: 6). Así, si a “estándar” se asocia el concepto de “indicador” hay que recordar que este es “una variable objetiva, bien definida utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica”, lo que permite medir hasta que punto se están satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los clientes”. (Otero, Otero, 2006: 6). (Ver Anexo No. 5: Estándares para medir la calidad de un servicio).

Para Roberto E. García otra forma de “asegurar” calidad es a través de la confección de normas, pautas o guías, que contienen afirmaciones, desarrolladas sistemáticamente, basadas en los conocimientos profesionales vigentes, tendientes a ayudar a los prestadores de los servicios en la toma de decisiones, facilitando así el desarrollo de un proceso de prestación de servicio “de calidad”. Esta norma es creada por un Comité de Expertos, que definen lo que es la calidad para un determinado servicio o procedimiento. Un ejemplo de ello son las normas creadas por el Organismo Internacional de Estandarización, conocidas como normas ISO (Internacional Standard Organization) cuyo origen y finalidad se encuentran en el ámbito empresarial. (García, 2001: 1). (Ver Anexo No. 6: Elementos básicos de las Normas ISO 9000).

Entonces, los indicadores de gestión son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización, departamento, actividad, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia podría estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. (Schwartzmann, 2012: 3). (Ver Anexo No. 7: Indicadores para medir efectividad y la calidad de la atención médica).

- Evaluación y Auditoría

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica y del incremento de las competencias profesionales y económicas. Todas las profesiones tienden a resguardar y proteger su quehacer. Por eso la autoevaluación preventiva o anticipada de las propias acciones es un modo inteligente de preservar la actividad profesional. (Amarilla, 2012: 35). Además, ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico. (Guix, 2005: 4).

3.3.7 Organismos que acreditan la calidad en salud

- ISO 9000

Para Joan Guix Oliver la certificación ISO 9000 da fé de que una empresa, producto o servicio cumple con los requisitos de una norma o especificación técnica concreta, tiene validez temporal y es emitida por un organismo, certificador reconocido internacionalmente. Está encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas y sistemáticas, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas estandarizadas. No garantiza de manera ineludible la adecuación técnica ni tiene especialmente en cuenta el carácter de servicio que tiene la salud pública.

El modelo ISO está enfocado hacia la garantía de la calidad y toma como punto de partida, para el diseño y la elaboración del servicio, las demandas del consumidor. Así, las normas ISO 9000 se orientan hacia la estandarización de los sistemas de calidad y no están relacionadas con algún producto o servicio en particular. Es decir, se orientan hacia los procesos de los que se derivan los productos y/o servicios. Para poder funcionar como una norma genérica, es obligatoria la utilización de métodos, técnicas y procedimientos específicos y se enfoca hacia principios, metas u objetivos. Todos ellos relacionados con el cumplimiento y satisfacción de las necesidades, requerimientos y expectativas del cliente. Se supone que un sistema de calidad que cumple con los estándares ISO-9000 es lo suficientemente confiable como para poder entregar con seguridad productos y servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes. (Malagón, Galván, 2007: 49).

Entonces, el ISO 9001-2000 se basa en un modelo de organización por procesos y se sustenta en la documentación de todas las acciones realizadas en el seno de la organización dirigidas hacia la elaboración de un producto o servicio determinado, y está construido por una estructura en la que se incluyen 4 requisitos: responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto o servicio, y medida, análisis y mejora. (Guix, 2005: 4).

- Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations

En 1954, se crea en Estados Unidos la Joint Commission for the Accreditation of Hospital, o en español, la Comisión Conjunta para la Acreditación de los Hospitales, quien estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales, utilizando índices numéricos sobre la organización y su funcionamiento. Esto corresponde a los “estándares”. (Malagón; Galván, 2007: 49). Para la Joint Commission la calidad de la atención sanitaria es la medida en que los servicios de asistencia al paciente aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados

esperados para el paciente, de acuerdo con el estado actual del conocimiento. (Temes; Mengibar, 2007: 509).

Para Dee Ann Gillies la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations exige a las instituciones que aspiran al reconocimiento por parte de ésta organización que coordinen todas las actividades de garantía de calidad en un programa institucional integrado, que se centre en la identificación de los problemas asistenciales de los pacientes (Meisenheimer, 1983). (Guilles, 1994: 516).

3.3.8 Los usuarios y la calidad de la atención

- El usuario, cliente o paciente
 - Quien es?

El paciente es alguien que sufre dolor o malestar y que recibe los servicios de un profesional de la salud, sometiéndose a un examen, a un tratamiento o a una intervención. (Amarilla, 2012: 17). La palabra “paciente” está comenzando a sustituirse por las palabras “usuario-ciudadano”, precisamente por la relación que tiene con la palabra “paciencia” y, erróneamente, por supuesto, también con la palabra “pasividad” que, aunque de distinto origen etimológico, transmite la sensación de que el paciente tiene que comportarse, necesariamente, como un ente pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud. (Amarilla, 2012; 17). Las personas (ciudadanos-usuarios) son sujetos activos en el desarrollo de sus procesos de atención y recuperación. Los ciudadanos en tanto usuarios de dichos servicios, tienen derecho a recibir una atención sanitaria integral en sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles. Los usuarios-pacientes tienen el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario. (Amarilla, 2012: 17). De hecho, el paciente tiene derecho a ser asistido y a ausentarse de actividades habituales y

responsabilidades. A la vez, el paciente tendrá la obligación de querer mejorar y superar la enfermedad lo antes posible, siguiendo las recomendaciones y el tratamiento del profesional de la salud.

- Expectativas del cliente

Las expectativas de los usuarios se construyen a partir de:

- La comunicación boca – oído de las experiencias de otro usuarios, en la misma institución o en otras instituciones.
- Sus experiencias previas en la misma institución.
- Sus experiencias previas en otras instituciones.
- Sus características personales. (Amarilla, 2012: 20).

A su vez, la satisfacción es el resultado de la diferencia que existe entre sus expectativas (lo que esperan recibir) y la valoración que efectúan del servicio una vez recibido. Una sencilla ecuación resulta de gran utilidad para aclarar este concepto:

Satisfacción = Calidad recibida – Calidad esperada (Amarilla, 2012: 20).

- Satisfacción del cliente

Según Teresita de J. Ramírez Sánchez y Cols. evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. (Ramírez, 1998: 2).

- La opinión de los usuarios

- Percepción de la buena calidad

Es una investigación sobre la percepción de la calidad de los servicios de salud en México, desde la perspectiva de los usuarios, los resultados mostraron, que la calidad de la atención recibida, fue buena en 81.2% de los casos y que fue mala en un 18%. (Ramírez, 1998: 2)

En general, los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal (23.2%), a la mejoría en la salud (11.9%), y a la preparación técnica del personal (10.2%). En todas las instituciones, invariablemente, el buen trato personal fue el principal motivo relacionado con la buena calidad de la atención (seguridad social 26%, SSA 27%, privados 18% y otras instituciones públicas 25%). No obstante, el segundo motivo referido en la seguridad social y en otras instituciones públicas estuvo relacionado con la preparación técnica del personal (10.4 y 12.2%, respectivamente). (Ramírez, Sánchez, 1998: 4) El tercer motivo de buena calidad mencionado por los usuarios de la seguridad social fueron los resultados positivos en salud (9%), mientras que en la SSA y los servicios privados fue la preparación técnica del personal (7.6 y 2.7%, respectivamente); por último, en otras, instituciones públicas fueron los bajos costos de la atención (10.2%).

- Percepción de mala calidad

En relación con la percepción de mala calidad de la atención, entre los no asegurados y asegurados sólo se establece una diferencia de 4.5 puntos porcentuales (20.7 vs 16.2%). Sin embargo, cuando ello se analiza por institución utilizada, se observa una variación importante. Los asegurados que utilizaron la seguridad social, refieren tres veces más mala calidad, respecto a los no asegurados que utilizaron estos servicios. (Ramírez Sánchez, 1998: 4).

Comparando los motivos de mala calidad, entre la percepción de los usuarios asegurados y no asegurados, se observan diferencias en: los tiempos de espera,

que se notificaron más frecuentemente entre los asegurados (26.7%) que entre los no asegurados (9.1%). El mal trato personal fue referido 1.6 veces más por los no asegurados que por los asegurados (15.9 vs 9.6%). La mejoría en el estado de salud fue mencionada 1.6 veces más por los asegurados que por los no asegurados (11.8 vs 7.3%). Finalmente, los motivos relacionados con los costos de la atención fueron mencionados 5.6 veces más entre los no asegurados respecto a los asegurados (6.8 vs 1.2%). (Ramírez Sánchez, 1998: 4).

Los usuarios no asegurados que asistieron a la SSA refieren que la calidad fue mala 2.3 veces más que los asegurados que acudieron a este mismo tipo de servicio. La percepción de que la atención de los servicios privados es mala fue 1.5 veces más alta entre los no asegurados que entre los asegurados. Estadísticamente, sí se encontraron diferencias entre la percepción de los asegurados respecto a la calidad y la de los no asegurados, lo que indica que la condición de aseguramiento es factor discordante en el juicio de valor sobre la atención recibida. (Ramírez Sánchez, 1998: 4).

a) Errores médicos

Para Juan Garduño Espinoza, existen algunas estimaciones del número de muertes que se podrían prevenir por errores médicos en los hospitales; asimismo, los pacientes ambulatorios no están exentos de sufrir errores médicos y un estudio muestra que entre el 8 y el 24% de los pacientes reciben prescripciones inapropiadas o contraindicadas. Con relación a problemas agudos, en uno de cada tres pacientes se ha documentado que puede recibirse un tratamiento que está contraindicado y solo uno de cada tres pacientes hipertensos tiene un buen nivel de control. Podemos identificar que no sólo los aspectos financieros influyen en los errores médicos, puede haber problemas de tipo organizacional. (Garduño, 2005: 1).

Además de los aspectos financieros y los elementos relacionados con la propia organización de los servicios; también los errores atribuibles a la práctica clínica en sí, ocurren con relativa frecuencia. Los errores pueden ocurrir ya sea por

negligencia o por incompetencia de los médicos, cualquier buen clínico puede equivocarse y cometer un error, por lo que tenemos que aprender a vivir con eso y la idea sería tratar de minimizarlos al máximo, si bien nadie esperaría que pudieran evitarse de manera completa, por lo que menos en el corto y mediano plazo. (Ramírez Sánchez, 1998: 2).

La finalidad de la búsqueda de errores, es dar una mejor atención; es decir, una atención que contribuya a que la gente se mantenga en buen estado de salud; cuando no esté enferma, prevenir las enfermedades; o bien curar aquellas enfermedades agudas y favorecer que quienes tengan que vivir con una enfermedad para la cual no tenemos solución, puedan vivir de la mejor manera posible. (Ramírez Sánchez, 1998: 2)

b) Insatisfacción del usuario

Para la OPS-OMS otra expresión de la falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud. los ciudadanos se quejan, por ejemplo, de maltrato, falta de comunicación e inadecuación de instalaciones de salud. Por otra parte los profesionales y trabajadores de salud sufren desmotivación, sobrecarga de trabajo, y en los caos más extremos el síndrome de “burn out”, lo que contribuye aún más al deterioro de la calidad del servicio prestado. (OPS-OMS, 2007: 2). (Ver Anexo No. 8: Manifestaciones de la falta de calidad asistencial).

3.3.9 Condicionantes en la calidad de los usuarios

- Orientación

Para Amalia del Carmen Amarilla y Cols. la institución de que se trate debe comprender las necesidades actuales y potenciales de sus usuarios, satisfacer requerimientos y esforzarse por superar sus expectativas. Lo primero que se debe establecer es ¿quién es el usuario de la institución? Para eso se debe tener en

cuenta la definición de usuario: a la persona u organización que recibe los servicios prestados por la institución. Entonces, tanto el paciente y su familia, como los prestadores de cobertura social y la sociedad son usuarios de las instituciones que brindan servicios de salud. (Amarilla, 2012: 15). (Ver Anexo No. 9: Atributos que buscan los usuarios sobre la calidad en salud).

- Accesibilidad

La accesibilidad es la facilidad con la que la “población diaria” puede recibir la atención que necesita en relación con las barreras: económicas, estructurales, organizativa, sociales y culturales. Esto implica: la eficacia, la adecuación, la coordinación y la continuidad. (Pascual, 2012: 3).

La eficacia es la probabilidad que un programa tiene de obtener los objetivos, previamente establecidos, en condiciones ideales. La efectividad es la probabilidad que tiene un determinado programa o servicio de obtener los objetivos, previamente establecidos, en condiciones de aplicabilidad normales. La adecuación es la medida en que la atención se corresponde con las necesidades del paciente según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Es decir, la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la atención a los usuarios.

- Aspecto financiero

La calidad asistencial y el costo no pueden separarse. Todo proceso de atención conlleva un costo económico y la misma calidad, significa a su vez un determinado costo, pero en su determinación es necesario contemplar diversos factores. (Pascual, 2012; 2). Existe y debe existir una estrecha vinculación entre cantidad y calidad. La atención escasa, además de mala, es costosa, al no conseguir establecer los mínimos de eficacia exigibles. La atención excesiva resulta más cara y de peor calidad por innecesaria, cuando no daña. Entonces, los profesionales deben adquirir conciencia acerca del costo económico que conlleva

la atención prestada, para gestionar de forma óptima los recursos que no son públicos y limitados. Una escasa conciencia sobre los costos implica que tanto profesionales como usuarios, se vean abocados a reivindicar lo que entienden por la máxima calidad de los servicios, provocando un incremento necesario de los costos. (Pascual, 2012; 2)

- Seguridad

La preocupación por la seguridad del paciente ha llevado a muchas organizaciones estén actualizando sus procesos y la forma que regulan sus propias actividades, por ejemplo la Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations ha propuesto nuevos estándares para la seguridad de los pacientes; algunos de ellos se enfocan al desarrollo de liderazgos individuales o bien de grupo. El énfasis en estos programas es que tengan cierta proactividad a la prevención más que al tratamiento de los errores y además se preocupan por identificar cuáles son las áreas con un alto riesgo para que los errores ocurran. (Garduño, 2005: 5).

De igual forma, para la OPS-OMS, la calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados como en los países en vías de desarrollo. (OPS-OMS, 2007: 1).

- Investigación en salud

Para Denise Stern una parte importante de la reinversión en el sistema de salud está en la promoción de la investigación en salud y la innovación y en la mejora de la información sanitaria. La investigación en salud es la piedra angular del sistema de atención de salud de calidad en el futuro. La evidencia generada por la

investigación en salud lleva al descubrimiento de nuevos tratamientos, tecnologías y procedimientos médicos que pueden mejorar el sistema de atención de salud. Mejorar la información sanitaria es crucial para mejorar la prestación de servicios de salud, la rendición de cuentas del sistema de atención de salud y los canadienses tienen acceso a la información sobre la salud y el cuidado de la salud. (Stern, 1999: 3).

Aunque la investigación continua de la salud la innovación y mejora de la información de salud tienen la obligación de mejorar la calidad de la atención de salud nacional, provincial / territorial, regional y local, otros enfoques que también son necesarios para transformar las últimas investigaciones e información de salud en la mejora de la calidad de la salud servicio prestados a los pacientes. Al hacer estas mejoras, es esencial tener en cuenta las necesidades y preocupaciones de los profesionales de la salud y de los consumidores mediante su participación en el proceso de mejorar el sistema. (Stern, 1999: 4).

Para Javier Rodríguez Suárez y Pilar Mata Miranda, el hecho de eliminar las barreras que existen entre las evidencias de investigación y la toma de decisiones clínicas, no asegura que los pacientes reciban una atención de calidad, ya que existen muchos otros factores que influyen el proceso. Sin embargo, la incorporación de las mejores evidencias en las decisiones clínicas que debe tomar el médico en su trabajo cotidiano, puede mejorar substancialmente su desempeño profesional. (Rodríguez; Mata, 2007: 1).

Esto no está relacionado solamente con aspectos técnicos del manejo de diferentes conceptos de investigación, sino también con un cambio de actitud que implica la adopción de un rumbo diferente del proceso formativo y de atención médica (Rodríguez, Mata, 2007: 1). Así, la medicina basada en la evidencia no es una tendencia pasajera y aún cuando existen dificultades para su implantación, cada día más instituciones de salud la incorporan y promocionan.

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 HIPOTESIS

4.1.1 General

H1: Existe calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidad de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” del GDF según la opinión de los usuarios.

4.1.2 De trabajo

H2: Existe un alto nivel de calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, según la opinión de los usuarios.

4.1.3 Nula

Ho: Existe un bajo nivel de calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, según la opinión de los usuarios.

4.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1 General

Analizar la calidad de la Atención Médica en el Hospital de Especialidades de la Cd. de México, “Dr. Belisario Domínguez” del GDF en México, D.F. con base en la opinión de los usuarios.

4.2.2 Específicos

- Identificar los principales problemas que manifiestan los usuarios en la dimensión de la estructura, de proceso y de resultados.
- Proponer un modelo de calidad en salud para los hospitales de segundo nivel del GDF.

4.3 MODELO TEÓRICO PRÁCTICO QUE SE UTILIZÓ

El Modelo Teórico-práctico utilizado en esta investigación se fundamenta en la teoría de Avedis Donabedian. Este gurú de la calidad en salud describió la calidad asistencial basándose en tres componentes: científico- técnico, relación interpersonal y el entorno. Lo científico técnico se refiere a todo el proceso de la atención médica que basándose en la ciencia y la tecnología permite dar un diagnóstico y un tratamiento certero al usuario. Lo técnico se refiere al empleo de la tecnología de punta en donde el médico se apoya en el proceso de la atención médica. Lo interpersonal se refiere a la relación médico-paciente que se incluye: trato, explicaciones, información y comunicación que el médico tienen con el paciente. Por último, el entorno se refiere a todas las condiciones de accesibilidad que el paciente recibe de las instalaciones médicas que el hospital o institución de salud provee al paciente para que este esté lo más satisfecho posible.

El Modelo de Avedis Donabedian también propone en el caso de la evaluación de la atención médica, que ésta se realice basada en tres dimensiones: De estructura, de Proceso y de resultados. Estas formas de evaluar es única en su género y permite tomar la organización de la salud como un todo integral, en donde la estructura tiene que ver con todos los usuarios y recursos hospitalarios de que se dispone en el hospital para hacer posible el proceso de atención médica. El proceso se refiere no solo a la relación médico-paciente tan necesaria, sino también al conjunto de decisiones de carácter médica que permiten hacer posible conseguir resultados para la atención médica. Los resultados se refieren a

aquellas condicionantes que como resultado del proceso de atención, permite evaluar la atención médica recibida, con un paciente satisfecho.

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente: CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DIMENSIONES

INDICADORES

- DE ESTRUCTURA

- Orientación médica al paciente y familiares.
- Cantidad de capital humano médico en los servicios.
- Dotación de mobiliario y equipo médico.
- Cantidad de pacientes atendidos.
- Cantidad de camas.
- Dotación de medicamentos.
- Dotación de ropa.
- Capacitación del personal médico.
- Funcionamiento de los equipos.
- Distribución física de espacios.
- Alimentos que provee el hospital a los pacientes.

- DE PROCESO

- Desarrollo de técnicas médicas.
- Diagnósticos oportunos.
- Tratamiento adecuado.
- Relación médico – paciente.
- Comunicación e información médico-paciente.
- Calidez en la atención.

- Trato humano al paciente.
- Medidas de seguridad al paciente.
- Culminación de detalles en la atención.
- Dominio de técnicas médicas.
- Promedio de días estancia.

- DE RESULTADOS

- Existencia de iatrogenias.
- Altas voluntarias.
- Respeto a los pacientes y familiares.
- Rapidez en la atención.
- Satisfacción plena de las necesidades.
- Solución a las quejas.
- Seguimiento del tratamiento brindado.
- Tiempo de respuesta de resultados de laboratorio.
- Confianza en la atención médica.
- Eficiencia de los médicos.
- Nivel de calidad percibida.

4.4.1 Definición operacional de calidad

- Conceptos de calidad

Dar una definición de “calidad” no es fácil, dada la perspectiva multidimensional que este concepto tiene. Así, solo en el ámbito lingüístico, la Real Academia Española, en el Diccionario de la Lengua Española de 1984, define calidad como una “cualidad”, una manera de “ser”, alguien que goza de la estimación general”, o “lo mejor dentro de su especie”. En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una

determinada técnica o procedimiento. Para Crosby, por ejemplo, calidad “es conformidad con las especificaciones”; para Trifus “es dar al cliente aquello que espera” y para Taguchi es “producir los bienes y servicios demandados, al menor costo posible para la sociedad.

Así, la calidad es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

- Calidad en salud

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado agresivamente al área médica en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios, ha provocado un “aggiornnamiento” que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con

rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

- Dimensiones de la calidad

Para conseguir una buena calidad en el producto o servicio hay que tener en cuenta tres aspectos importantes: **Dimensión Técnica:** Que engloba los aspectos científicos y tecnológicos que afectan al producto o servicio. **Dimensión Humana:** Que cuida las buenas relaciones entre clientes y empresas. **Dimensión Económica:** Que intenta minimiza costes tanto para el cliente como para la empresa. Otros factores relacionados con la calidad son: Cantidad justa y deseada de producto que hay que fabricar y que se ofrece, Rapidez de distribución de productos o de atención al cliente y Precio exacto (según la oferta y la demanda del producto).

- Otras dimensiones de la calidad

Dimensión de estructura: Esta implica lo que se necesita para cumplir con el servicio. En este caso el tipo de tensiómetros, los períodos de calibración, manguitos apropiados, personal que se encargará de los registros, personal administrativo, en que lugares físicos se hará, la disponibilidad de guías clínicas, etc.

Dimensión de proceso: Implica la descripción paso a paso del procedimiento en cuestión. Define en qué condiciones se valorará la presión, con qué frecuencia, como se seleccionará la población a (a quienes), etc.

Dimensión de resultado: Describe las metas que esperamos conseguir con la estructura que utilizamos y con el proceso que aplicamos, por ejemplo mayor capacitación de hipertensos, mejor control de los mismos, mayor adherencia al tratamiento, etc. Estos criterios deben siempre definirse explícitamente, tanto el objetivo buscado como su marco temporal, p.ej. captar el 80% de los hipertensos en 1 año, lograr una tasa de control de al menos 75% en los próximos 3 años. etc.

- La calidad de la atención médica

En relación a la calidad de la atención médica, tanto en Inglaterra, Canadá, Estados Unidos y México, puede afirmarse que la definición aceptada de calidad es multifactorial, con base en las múltiples variables que intervienen en la estructura del proceso del servicio y el resultado esperado, binomio que debe tener las siguientes características generales.

- No dañar al paciente con alguno de los procedimientos practicados, y debe ofrecer un riesgo mínimo para quienes se someten al proceso de la atención médica.
- Debe producir un resultado satisfactorio mediante todos los procedimientos que se brindan en el servicio médico.
- Si se reúne satisfactoriamente las variables de este concepto, puede hablarse de una calidad de la atención médica.

Bajo este esquema se tendrán que establecer, en el futuro inmediato, los criterios que permitan consolidar este concepto en la práctica médica, así como fijar nuevas variables y ampliar los instrumentos que permitan controlar y garantizar una calidad acorde a las expectativas del paciente.

- Instrumentos de medición de la calidad

Para establecer instrumentos de medición universal de la calidad en cada uno de los componentes del proceso de atención, de una situación particular a la general, es necesario la definición de estándares o parámetros que permitan el control del proceso mediante instrumentos formativos que faciliten a los directivos la toma de decisiones y el logro de los objetivos para la calidad de la atención médica.

Finalmente, el concepto de calidad no se refiere a buenas intenciones o teorías para llevar a cabo en un futuro; ya que en la actualidad existen a nivel mundial acciones programadas y modelos desarrollados en la práctica que han dado resultados satisfactorios en los diferentes servicios de salud, mediante la utilización de herramientas administrativas, médicas, culturales y sociológicas, que

permiten ser congruentes con la definición ya aceptada de calidad de la atención médica.

4.4.2 Modelo de relación de influencia de la variable



4.5 MARCO METODOLÓGICO

4.5.1 Enfoque

El enfoque de esta investigación es mixto, ya que existe un tratamiento y análisis de la información de manera cuantitativa y cualitativa.

4.5.2 Tipo de estudio

El tipo de investigación que se realizó es diagnóstica, descriptiva, analítica, transversal, propositiva y cualitativo.

Es diagnóstica porque se realizó un diagnóstico situacional de la variable Calidad de la Atención Médica en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez! Del GDF.

Es descriptiva porque se describió ampliamente la variable calidad de la atención médica en el entorno del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” del GDF.

Es analítica porque para medir la variable de la calidad de la atención médica fue necesario realizar un análisis de las dimensiones de ésta variable en su estructura, en el proceso y en los resultados, a fin de realizar la búsqueda de indicadores de cada una de estas dimensiones.

Es transversal porque ésta es una investigación en que se hizo en un periodo corto de tiempo, es decir en los meses de Diciembre 2012, Enero y Febrero del 2013.

Es propositiva porque esta investigación propone un modelo de calidad en salud, específicamente para hospitales de segundo nivel del GDF y que nace a partir de las áreas de oportunidad de los resultados de esta investigación.

Es cualitativa porque se realizaron entrevistas a profundidad a los usuarios y tomando en cuenta sus observaciones se realizó el análisis descriptivo de los resultados.

4.5.3 Área de estudio o ámbito geográfico

El área de estudio es el sector salud, específicamente el Hospital Belisario Domínguez del GDF que es un hospital de segundo nivel de salud, y que está ubicado en la zona urbana de la Delegación Iztapalapa.

4.5.4 Población a estudiar

La población de estudio fueron 120 usuarios de los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Ginecoobstetricia, de los cuales, se tomó una muestra de 96 pacientes y que equivalen a 26 pacientes de Cirugía, 49 de Medicina Interna y 21 de Ginecoobstetricia.

4.5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

En el criterio de inclusión fueron tomados en cuenta los usuarios de los servicios básicos del Hospital Dr. Belisario Domínguez con 120 camas, de las cuales 40 pertenecen a medicina interna, con sus clínicos de Nefrología, Cardiología, Neurología y Endocrinología, también se incluyen en estos criterios las 40 camas de cirugía con sus clínicos de oftalmología y otorrinolaringología. Además se incluyen las 40 camas de Gineco-Obstetricia.

En el criterio de exclusión fueron tomados en cuenta a los usuarios de consulta externa que por tener una alta rotación por los servicios, no están en ellos la estancia de 3 a 5 días como la de los pacientes de hospitalización, por lo que tienen una visión parcial de la calidad otorgada.

En el criterio de eliminación se tomó en cuenta aquellos pacientes que estando incluidos en el criterio de inclusión, por diversos motivos, no desearan participar en esta investigación.

En el criterio de inclusión fueron tomados en cuenta los usuarios de los servicios básicos del Hospital Dr. Belisario Domínguez con 120 camas, de las cuales 40 pertenecen a medicina interna, con sus clínicos de Nefrología, Cardiología,

Neurología y Endocrinología, también se incluyen en estos criterios las 40 camas de cirugía con sus clínicos de oftalmología y otorrinolaringología. Además se incluyen las 40 camas de Gineco-Obstetricia.

En el criterio de exclusión fueron tomados en cuenta a los usuarios de consulta externa que por tener una alta rotación por los servicios, no están en ellos la estancia de 3 a 5 días como la de los pacientes de hospitalización, por lo que tienen una visión parcial de la calidad otorgada.

En el criterio de eliminación se tomó en cuenta aquellos pacientes que estando incluidos en el criterio de inclusión, por diversos motivos, no desearan participar en esta investigación.

4.5.6 Técnicas e instrumentos de recopilación de la información

- Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo fue posible ordenar y clasificar toda la información relativa al marco teórico conceptual y referencial. Entonces, el marco teórico de la calidad de la atención médica elaborado ha sido invaluable para poder conformar la teoría que permita fundamentar teóricamente el problema de estudio y los objetivos de la investigación.

- Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar las actitudes de los usuarios entrevistados, de manera que con la forma de responder a las preguntas fue posible verificar su forma de pensar en torno al servicio recibido en el Hospital.

- Entrevista

Con la técnica de la entrevista fue posible establecer una comunicación directa con los usuarios del hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” a fin de

identificar sus apreciaciones y observaciones entorno a la calidad de la atención médica recibida.

- Cuestionario

El cuestionario fue el instrumento vital con lo que se pudieron recabar los datos que emitieron los usuarios y que se trabajo con información significativa en ésta investigación. El cuestionario fue estructurado con 37 preguntas cerradas de tipo Likert, que permite abrir un abanico de opiniones, donde la mejor hasta la peor respuesta de los usuarios. Cada pregunta equivale a un indicador de la dimensión de la variable. Así, para la dimensión de la estructura se toma en cuenta 11 indicadores, en la dimensión de proceso también se tomaron en cuenta indicadores y en la dimensión de resultados, también 11 indicadores.

El instrumento fue validado con un Alfa de Crombach de .856, que permitió conocer la validez y confiabilidad del mismo. El total de preguntas del instrumento fue de 37 y se tuvo también una pregunta abierta para que los usuarios manifestaran la opción de calidad que ellos decidieron escoger.

4.5.7 Métodos y procedimientos de análisis de la información

Los datos fueron procesados mediante la utilización del sistema de tarjetas simples, de concentración y matrices en forma manual para realizar la estadística descriptiva. También se utilizó vía computadora el programa SPSS, que permitió realizar la estadística inferencial con pruebas ANOVA que permitió hacer correlaciones e inferencias de la variable estudiada. A continuación, se muestran los resultados en cuadros y gráficas de la estadística descriptiva.

4.5.8 Aspectos éticos

El presente estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo con lo señalado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, Título II,

Capítulo I, Artículo 13, 16 y 100 (Secretaría de Salud, 1998). El Artículo 13, señala que toda la investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalorar el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. El Artículo 16 establece que se protegerá la privacidad de los individuos sujetos a investigación, por lo que los instrumentos deberán ser manejados respetando el anonimato y confidencialidad de los datos que arrojan.

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo representa el 100% de fenómeno de estudio. Para el Hospital de Especialidades el universo lo representan los pacientes internados de los servicios de Medicina Interna, Gineco Obstetricia y Cirugía. En el caso de Medicina Interna se cuenta con subclínicas de Cardiología, Nefrología, Neumología, Endocrinología y Neurología. Esto hace un total de 120 camas aunque el hospital tiene un índice de rotación alta, es decir de 1 paciente por cada 3 días, las camas censables permanecen por lo que se tomará como universo estas 120 camas censables.

La población se constituye aquellos sujetos que estando internados en las 120 camas, pueden emitir una opinión para contestar los cuestionarios por lo que se elegirá al azar y de manera aleatoria aquellos pacientes que ocupen en el momento de la encuesta las camas censables. Esta población fue de 96 pacientes. Así, la muestra de 96 sujetos, equivale a 26 de Cirugía, 49 de Medicina Interna y 21 de Gineco Obstetricia.

5.2 CUADROS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan los cuadros derivados de la información recabada del cuestionario.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR.
BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Tengo menos de 20 años.	1	3.84	2	4.08	8	38.10	11	11.45
2. Tengo entre 21 y 30 años.	8	30.77	11	22.44	9	42.86	27	28.12
3. Tengo entre 31 y 40 años.	8	30.77	15	30.62	3	14.28	26	27.08
4. Tengo más de 41 años.	9	34.62	21	42.86	1	9.76	32	33.35
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Cuestionario de la investigación: *Calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades de la Cd. De México: Dr. Belisario Domínguez del GDF: Un estudio basado en la opinión de los usuarios.* Aplicado del 1o de Enero al 8 de Febrero, en México, D.F.

CUADRO No. 2
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LOS USUARIOS, DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Masculino	12	46.15	17	34.69	3	14.38	31	32.29
2. Femenino.	14	53.85	32	65.31	18	85.72	64	66.67
3. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	1	1.04
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 3
DISTRIBUCIÓN DEL SERVICIO EN QUE ESTÁN LOS USUARIOS, DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Cirugía.	24	92.30	1	2.04	2	9.52	27	28.13
2. Gineco Obstetricia.	1	3.85	0	0	15	71.43	16	16.67
3. Medicina Interna.	1	3.85	14	28.57	1	4.76	16	16.66
4. Clínicas. Cual?	0	0	21	42.86	3	14.29	24	25
5. Sin respuesta.	0	0	13	26.53	0	0	13	13.54
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 4
DISTRIBUCIÓN DE EL TURNO DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Matutino.	20	76.93	43	87.76	18	85.72	81	84.38
2. Vespertino.	2	7.69	3	4.08	2	9.52	6	6.26
3. Nocturno.	0	0	1	2.04	0	0	1	1.04
4. Especial de sábados, domingos y días festivos.	0	0	0	0	1	4.76	3	3.12
5. Otro.	4	15.38	3	6.12	0	0	5	5.20
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 5
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO CONSIDERAN LA
ORIENTACIÓN QUE LES DAN LOS MÉDICOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO
DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. La orientación que dan los médicos es excelente. Ellos me explican a mi y al familiar todo lo relacionado con mi tratamiento y la evolución médica del mismo.	4	15.39	16	32.65	8	38.09	28	29.17
2. La orientación que dan los médicos es buena. Se ve que se interesan por mi padecimiento y recuperación.	19	73.08	26	53.07	12	57.15	58	60.42
3. A veces creo que la orientación que dan los médicos es buena, pero también creo que a veces les falta darnos más orientación.	3	11.53	6	12.24	1	4.76	9	9.37
4. La orientación es pésima. Aquí los médicos no orientan ni explican nada a los pacientes. Esto nos crea mucha angustia e incertidumbre.	0	0	1	2.04	0	0	1	1.04
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 6
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE CANTIDAD DE
PERSONAL MÉDICO PARA EL TRABAJO, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO
DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
1. Sí, aquí siempre hay suficiente cantidad de personal médico para la atención.	3	11.53	9	18.37	8	38.10	20	20.84
2. Sí, la mayoría de las veces se cuenta con el suficiente personal médico en la atención.	15	57.70	23	46.94	10	47.62	47	48.96
3. Sí, a veces si hay personal médico, pero otras veces, falta este personal, especialmente los días festivos y los fines de semana.	8	30.77	12	24.49	3	14.28	24	25
4. Aquí nunca hay suficiente cantidad de personal médico. Siempre falta mucha gente para el trabajo y esto hace que disminuya la calidad de la atención.	0	0	4	8.16	0	0	4	4.16
5. Sin respuesta.	0	0	1	2.04	0	0	1	1.04
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 7
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN
DE MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO EN LOS SERVICIOS, DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR.
BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, aquí siempre he observado que existe suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de los médicos y del personal.	4	15.38	12	24.48	10	47.62	25	26.05
2. Sí, aquí la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de los médicos y del personal.	16	61.54	18	36.74	7	33.34	42	43.76
3. A veces falta material y equipo y se debe solicitar a los familiares.	6	23.08	14	28.58	3	14.28	22	22.91
4. Aquí nunca hay material y equipo y esto causa gran problema diariamente en el trabajo de los médicos y del personal.	0	0	3	6.12	0	0	3	3.12
5. Sin respuesta.	0	0	2	4.08	1	4.76	4	4.16
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 8
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO CONSIDERAN LA CANTIDAD DE
PACIENTES QUE ATIENDEN LOS MÉDICOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO
DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. La cantidad de pacientes atendidos por el médico es excelente, ya que esto permite que el médico les de el tiempo necesario a los pacientes, platique con nosotros del padecimiento y pueda tener un seguimiento y evolución en el tratamiento.	0	0	9	18.37	8	38.09	17	17.71
2. Creo que la cantidad de pacientes atendidos es buena, ya que nos explican como va nuestro tratamiento.	20	76.93	22	44.90	11	52.39	53	55.21
3. Considero que es regular, veo que los médicos se tardan en la atención que nos proporcionan y esto hace que estemos esperando.	6	23.07	10	20.42	1	4.76	17	17.71
4. Malísima, porque hay exceso de pacientes para un solo médico. Esto ocasiona que tengamos que esperar muchísimo. Nos desespera y nos aburre.	0	0	2	4.08	1	4.76	3	3.12
5. Sin respuesta.	0	0	6	12.24	0	0	6	6.25
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 9
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO CONSIDERAN EL NÚMERO DE CAMAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Considero que el número de camas es excelente, todos podemos tener acceso al hospital.	2	7.69	4	8.16	6	28.57	12	12.50
2. Considero que el número de camas es bueno porque hay posibilidades de ser atendido.	19	73.08	12	24.49	12	57.15	43	44.80
3. Aquí en el hospital a veces hay camas, pero otras veces no hay esto enlentece el acceso a la atención.	5	19.23	21	42.86	2	9.52	28	29.17
4. Definitivamente el número de camas es pésimo. Somos muchísimos pacientes para tan solo 120 camas. Hubieran pensado mejor en incrementar las camas para que todos tuvieran mejor atención.	0	0	10	20.41	0	0	9	9.37
5. Sin respuesta.	0	0	2	4.08	1	4.76	4	4.16
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 10
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE
DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS, EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, aquí siempre hay suficiente dotación de medicamentos, con lo que es posible realizar los tratamientos sin problemas.	2	7.69	7	14.28	8	38.10	17	17.71
2. Sí, aquí la mayoría de las veces si hay medicamentos que se requieren para la atención.	16	61.54	25	51.03	7	33.34	49	51.05
3. A veces, si hay medicamentos, pero otras veces, falta la dotación mínima necesaria.	8	30.77	10	20.41	3	14.28	21	21.88
4. No, aquí nunca hay suficiente dotación de medicamentos. Cuando no hay, se solicita a los familiares para que los traigan.	0	0	3	6.12	0	0	4	4.16
5. Sin respuesta.	0	0	4	8.16	3	14.28	5	5.20
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 11
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE
DOTACIÓN DE ROPA EN LOS SERVICIOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR.
BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, aquí siempre hay suficiente dotación de ropa para los cambios que se necesitan.	2	7.69	3	6.12	5	23.81	10	10.41
2. Sí, aquí la mayoría de las veces si contamos con la suficiente cantidad de ropa para los cambios que se necesitan.	11	42.30	19	38.78	8	38.10	38	39.59
3. A veces si hay ropa, pero otras veces, no nos cambian porque no hay ropa.	13	50.01	18	36.74	5	23.81	37	38.55
4. No, aquí nunca hay la ropa necesaria para los cambios. El personal médico se preocupa porque la tienen que traer de otros servicios.	0	0	5	10.20	2	9.52	8	8.33
5. Sin respuesta.	0	0	4	8.16	1	4.76	3	3.12
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 12
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI LOS MÉDICOS ESTÁN
CAPACITADOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN
MÉXICO, D.F.

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, aquí todo el personal médico está preparado y brinda la más alta calidad de atención.	6	23.08	22	44.90	11	52.39	39	40.63
2. Sí, aquí el personal médico se observa que está preparado.	17	65.39	19	38.78	9	42.85	44	45.84
3. A veces el personal médico creo que está preparado pero creo que otras veces, les falta preparación.	3	11.53	6	12.24	0	0	9	9.37
4. No, aquí al personal médico le falta capacitación y preparación en las técnicas y procedimientos para brindar la calidad de atención necesaria.	0	0	0	0	0	0	1	1.04
5. Sin respuesta.	0	0	2	4.08	1	4.76	3	3.12
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO ES EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO
ELECTROMÉDICO, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN
MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. El funcionamiento del equipo es excelente. Siempre están funcionando cuando se requiere.	2	7.69	9	18.37	7	33.34	18	18.75
2. El funcionamiento es bueno. La mayoría de las veces me he dado cuenta que los aparatos funcionan sin problemas.	15	57.70	21	42.86	9	42.86	45	46.89
3. El funcionamiento es regular, me he dado cuenta que a veces fallan los aparatos y otras veces funcionan bien.	7	26.93	9	18.37	4	19.04	20	20.84
4. El funcionamiento del equipo es pésimo, porque me he percatado que siempre fallan, causando problemas en la atención.	1	3.84	3	6.12	0	0	4	4.16
5. Sin respuesta.	1	3.84	7	14.28	1	4.76	9	9.37
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 14
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO CONSIDERAN LA DISTRIBUCIÓN FÍSICA
DE LOS ESPACIOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN
MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. La distribución es excelente. Los espacios son amplios, lo que permite que se pueda transitar libremente y se nos atiende bien.	1	3.84	9	18.36	5	23.81	16	16.66
2. La distribución es buena. Los espacios son amplios y se puede transitar.	19	73.08	21	42.86	13	61.91	52	54.17
3. La distribución es regular. Los espacios son reducidos y esto dificulta que se pueda transitar rápida y libremente.	6	23.08	18	36.74	2	9.52	26	27.09
4. La distribución es pésima. Los espacios son tan reducidos que impide el libre tránsito. Continuamente nos tropezamos con el mobiliario y equipo del Hospital.	0	0	0	0	1	9.76	1	1.04
5. Sin respuesta.	0	0	1	2.04	0	0	1	1.04
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 15
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A LOS ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS
PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Los alimentos verdaderamente son de excelente calidad y cantidad, tienen un sabor exquisito y son de gran variedad.	3	11.53	7	14.28	5	23.82	15	15.62
2. Son de muy buena calidad y variedad. Realmente se apetece consumirlos.	12	46.16	16	32.66	11	52.39	39	40.63
3. A veces la calidad es buena, pero otras veces, no varían los alimentos y comemos lo mismo.	9	34.62	15	30.67	3	14.28	27	28.13
4. Son de muy mala calidad. No se apetece los alimentos porque no tienen sabor, ni sal. Además siempre dan la comida fría.	2	7.69	3	6.12	1	4.76	6	6.25
5. Sin respuesta.	0	0	8	16.32	1	4.76	9	9.37
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI LOS MEDICOS CUMPLEN CABALMENTE EN SUS
ACTIVIDADES TÉCNICAS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN
MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, yo creo que el personal médico si cumple cabalmente con todas las actividades encomendadas en la atención.	3	11.53	21	42.86	12	57.15	39	40.63
2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces los médicos, si cumplen con las actividades.	12	46.16	12	24.49	5	23.81	27	28.13
3. A veces si existe el cumplimiento de las actividades, pero otras veces, no lo hacen por diversas causas.	5	19.24	11	22.45	4	19.04	21	21.87
4. No, yo no creo que los médicos cumplan con sus actividades. Siempre dejan pendientes muchas cosas en perjuicio de los pacientes.	2	7.69	4	8.16	0	0	6	6.25
5. Sin respuesta.	4	15.38	1	2.04	0	0	3	3.12
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 17
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI LOS MÉDICOS OTORGAN DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS EN SU TRATAMIENTOS A LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, aquí sí recibimos de los médicos los diagnósticos oportunos y gracias a ellos, nos atienden rápidamente.	3	11.53	14	28.58	8	38.09	25	26.05
2. Si, la mayoría de las veces sí recibimos diagnósticos oportunos de los médicos lo que aydua mucho en el propio reestablecimiento.	19	73.08	20	40.82	13	61.92	52	54.17
3. A veces como que observamos que los diagnósticos tardan en darse aunque otras veces, son rápidos.	4	15.39	11	22.44	0	0	15	15.62
4. No, aquí nunce se reciben diagnósticos oportunos de los padecimientos de ningún médico y esto retrasa en mucho la atención.	0	0	2	4.08	0	0	2	2.08
5. Sin respuesta.	0	0	2	4.08	0	0	2	2.08
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 18
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI LOS TRATAMIENTOS QUE DAN LOS MÉDICOS SON
LOS ADECUADOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
1. Sí los tratamientos que dan los médicos sí son los adecuados y esto permite una pronta recuperación.	6	23.07	18	36.73	8	38.09	32	33.33
2. Sí, yo creo que los tratamientos de los médicos son los adecuados y se obtienen buenos resultados.	18	69.24	25	51.03	13	61.91	56	58.34
3. A veces los tratamientos de los médicos sí son los adecuados, pero otras veces no lo son y esto retrasa la recuperación.	2	7.69	5	10.20	0	0	7	7.29
4. Yo creo que el retraso en la recuperación se debe a que no se reciben tratamientos adecuados. Lo sabemos y también los familiares.	0	0	1	2.04	0	0	1	1.04
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 19
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO ES LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. La relación es excelente. Existe comunicación y respeto en el trato.	6	23.07	11	22.44	8	38.09	26	27.09
2. La relación es buena. Hay respeto y buen trato.	15	57.70	20	40.82	11	52.39	46	47.92
3. La relación es regular. Hay distanciamiento entre el personal y nosotros.	5	19.23	16	32.66	1	4.76	21	21.87
4. La relación es pésima. Casi no hay comunicación entre el personal médico y nosotros.	0	0	2	4.08	1	4.76	3	3.12
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO ES LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN QUE DAN
LOS MÉDICOS A LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN
MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. La comunicación es excelente. Todo el tiempo, esta el personal médico informando los avances en la recuperación.	1	3.84	9	18.36	6	28.57	19	19.79
2. La comunicación es buena. Los médicos sí nos informan a los pacientes todas aquellas cuestiones relacionadas con los tratamientos.	20	76.93	21	42.86	12	57.15	51	53.13
3. A veces los médicos sí informan y se comunican con los pacientes, pero otras veces, esto nos sucede por exceso de trabajo.	5	19.23	13	26.54	2	9.52	19	19.80
4. La comunicación es pésima. Aquí nunca los médicos informan nada a los pacientes. Hay una carencia total de información.	0	0	3	6.12	0	0	3	3.12
5. Sin respuesta.	0	0	3	6.12	1	4.76	4	4.16
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 21
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A LA CALIDEZ EN LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS PARA LOS
PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí el personal médico es muy cálido en su trato con nosotros.	4	15.39	7	14.28	10	47.62	21	21.88
2. Si, la mayoría de las veces el personal médico si es cálido en su trato para con nosotros.	19	73.08	27	55.11	7	33.34	53	55.21
3. A veces el personal médico es cálido, pero otras veces, no lo es, y esto repercute en el trabajo con nosotros.	3	11.53	13	26.53	3	14.28	19	19.79
4. Aquí no hay calidez en la atención médica para con nosotros. Esto se debe a que el personal médico está sumamente ocupado y no interactúa.	0	0	2	4.08	1	4.76	3	3.12
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 22
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO AL TRATO HUMANO DEL PERSONAL MÉDICO HACIA EL
PACIENTE, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
1. Sí, aquí el trato humano del personal médico es excelente.	4	15.38	15	30.62	10	47.62	30	31.25
2. Sí, aquí hay trato humano de parte de los médicos y eso hace que nos sintamos bien.	16	61.54	21	42.86	7	33.34	44	45.84
3. A veces si hay trato humano, pero otras veces, como que el trato resulta inhumano.	5	19.24	11	22.44	3	14.28	19	19.79
4. No, aquí no hay trato humano a los pacientes. De hecho, se nos trata muy mal y por eso los familiares y nosotros nos quejamos.	1	3.84	2	4.08	1	4.76	3	3.12
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 23
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE TIENEN PARA LOS
PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, aquí en el servicio siempre ha habido las medidas de seguridad que permite pensar que estemos protegidos por los médicos.	2	7.69	13	26.53	8	38.09	24	25
2. Sí, aquí la mayoría de las veces si existen medidas de seguridad por parte de los médicos.	15	57.70	26	53.07	12	57.15	53	55.21
3. A veces si hay de seguridad, pero otras veces, hay mucha inseguridad.	9	34.61	9	18.36	0	0	18	18.75
4. No, aquí nunca ha habido medidas de seguridad para los pacientes del Hospital. Esto significa que estamos en continuo riesgo y las medidas no hacen nada.	0	0	1	2.04	1	4.76	1	1.04
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 24
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI TERMINA EL PERSONAL MÉDICO CON TODOS LOS
DETALLES EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ"
DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, los médicos siempre culminan la atención de los pacientes, incluyendo los más mínimos detalles.	2	7.69	10	20.40	10	47.61	23	13.96
2. Sí, los médicos se organizan para cumplir cabalmente con su trabajo, incluyendo los detalles.	22	57.70	26	53.07	11	52.39	59	61.96
3. A veces creo que los médicos dejan asuntos pendientes para que otros turnos los terminen.	2	34.61	13	26.53	0	0	14	14.58
4. Creo que siempre se quedan asuntos pendientes que dejan los médicos y no se cumple con el trabajo del turno.	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 25
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI CONSIDERAN QUE LOS MÉDICOS DOMINAN LAS
TÉCNICAS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, yo creo que el personal médico tiene un excelente dominio de las técnicas y procedimientos para brindar calidad de atención.	6	23.08	16	32.65	9	42.86	31	32.30
2. Sí, los médicos dominan las técnicas y procedimientos que desarrollan en el trabajo.	18	69.24	24	48.89	10	47.62	52	54.17
3. A veces como que el personal médico si domina las técnicas, pero otras veces, parece que tuvieran dudas e inseguridad.	0	0.00	8	16.32	1	4.76	9	9.37
4. No, el personal médico nunca domina las técnicas porque les falta capacitación y adiestramiento en su trabajo. Esto se nota.	1	3.84	1	2.04	0	0	2	2.08
5. Sin respuesta.	1	3.84	0	0	1	4.76	2	2.08
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 26
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO AL PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA QUE REGULARMENTE
ESTAN EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. El promedio de estancia es entre 3 a 5 días. Mi recuperación es rápida.	8	30.77	19	38.78	15	71.43	42	43.76
2. El promedio de estancia es entre 6 a 10 días.	10	38.47	15	30.62	5	23.81	29	30.21
3. El promedio de estancia es entre 11 y 14 días.	8	30.76	6	12.24	0	0	15	15.62
4. Siempre más de 14 días en el Hospital. Mi recuperación es muy lenta y esto se lo debo a la nula atención médica.	0	0	3	6.12	0	0	2	2.08
5. Sin respuesta.	0	0	6	12.24	1	4.76	8	8.33
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 27
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI CONSIDERAN QUE EXISTEN ENFERMEDADES CAUSADAS POR ERRORES MÉDICOS EN LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. No, aquí no hay ninguna enfermedad causada por un error médico o Enfermería.	2	7.69	15	30.62	6	28.57	24	25.00
2. Estamos satisfechos con la atención otorgada ya que no observamos errores por parte de los médicos.	15	57.70	17	34.79	11	52.39	42	43.76
3. A veces cuando hay descuidos, si existen errores.	8	30.77	10	20.40	2	9.52	22	22.92
4. Sí, aquí ha habido errores causados por médicos y esto perjudica mucho a los pacientes.	0	0	3	6.12	1	4.76	3	3.12
5. Sin respuesta.	1	3.84	4	8.16	1	4.76	5	5.20
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 28
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI CONSIDERAN QUE EXISTEN ALTAS VOLUNTARIAS DE
PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. No, aquí en el hospital las altas se dan cuando estamos ya recuperados y satisfechos de la atención recibida.	5	19.24	9	18.38	8	58.10	23	23.96
2. No, es muy raro que solicitemos altas voluntarias, porque la mayoría de las veces, si estamos satisfechos con la atención recibida.	17	65.39	20	40.82	7	33.34	42	43.76
3. A vece si hay altas voluntarias. Esto se debe a que no encontramos en el Hospital la atención que requerimos.	3	11.53	9	18.36	4	19.04	17	17.70
4. Sí, las altas voluntarias son muy frecuentes en el Hospital y esto es causado porque no encontramos satisfechas nuestras necesidades de atención médica.	0	0	6	12.24	1	4.76	6	6.25
5. Sin respuesta.	1	3.84	5	10.20	1	4.76	8	8.33
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 29
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI CREEN QUE EL PERSONAL MÉDICO RESPETA A LOS
PACIENTES Y FAMILIARES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, el personal médico siempre nos respeta llamándonos por el nombre y esto es algo que nos agrada.	6	23.08	20	40.82	11	52.39	37	38.55
2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal médico si nos respeta.	19	73.08	20	40.82	10	47.61	48	50
3. A veces el personal médico nos respeta, pero otras veces no es así.	1	3.84	7	14.28	0	0	9	9.37
4. No, aquí el personal médico no respeta a ningún paciente. De hecho, nos trata muy mal.	0	0	1	2.04	0	0	1	1.04
5. Sin respuesta.	0	0	1	2.04	0	0	1	1.04
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 30
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A QUE TAN RÁPIDA ES LA ATENCIÓN MÉDICA A LOS
PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Es muy rápida. De hecho, cuando llamamos al médico nos atiende muy rápido.	1	3.84	6	12.24	3	14.28	12	12.50
2. Es una atención rápida. Los médicos la mayoría de las veces, acuden con prontitud.	15	57.70	17	34.70	13	61.91	47	48.96
3. A veces es rápida, pero otras veces, por exceso de trabajo, de los médicos, ya no lo es tanto.	9	34.62	20	40.82	5	23.81	31	32.30
4. La atención, es sumamente lenta, ya que nunca recibimos una respuesta rápida de ellos.	1	3.84	3	6.12	0	0	4	4.16
5. Sin respuesta.	0	0	3	6.12	0	0	2	2.08
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 31
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI ESTÁN SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN QUE LOS MÉDICOS PROPORCIONAN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F. 2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, estoy muy satisfecho con la atención que los médicos proporcionan. Por ello, me siento bien durante mi estancia en el servicio.	2	7.69	25	51.03	12	57.15	39	40.63
2. Si, estoy satisfecho con la atención proporcionada por el personal médico de este servicio.	10	38.47	13	26.53	8	38.09	31	32.30
3. A veces quedo satisfecho, pero otras veces, estoy muy insatisfecho.	8	30.77	8	16.32	0	0	10	10.41
4. Estoy siempre insatisfecho con la atención médica.	2	7.69	2	4.08	1	4.76	10	10.41
5. Sin respuesta.	4	15.38	1	2.04	0	0	6	6.25
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 32
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNTO A SI CONSIDERAN QUE LOS MÉDICOS LES DAN SOLUCIÓN A LAS QUEJAS DE LOS PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F. 2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, por supuesto. Siempre que hay una queja, los médicos le dan una rápida solución. Se nota que a ellos les interesa nuestra mejoría.	4	15.38	10	20.40	8	38.10	20	20.84
2. Sí, yo creo que si le dan solución a las quejas.	18	69.24	22	44.92	10	47.62	50	52.09
3. A veces creo que los médicos si le dan solución pero es tan lento el proceso, que nosotros no vemos como las cosas se mejoran.	4	15.38	12	29.48	3	14.28	20	20.83
4. Aquí no se soluciona nada. Estamos detrás de los médicos constantemente y siempre son los mismos problemas. Es mejor ya no venir aquí.	0	0	2	4.08	0	0	2	2.08
5. Sin respuesta.	0	0	3	6.12	0	0	4	4.16
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 33
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI CONSIDERAN QUE LOS MÉDICOS LE DAN SEGUIMIENTO A SU TRATAMIENTO, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F. 2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, por supuesto. Los médicos están muy interesados en nosotros. Y esto permite dar seguimiento de nuestra salud para no volver a venir	6	23.07	12	24.48	9	42.86	30	31.25
2. Sí, si hay un seguimiento de los tratamientos por parte de los médicos.	20	76.93	26	53.08	10	47.62	55	57.30
3. A veces creo que hay seguimiento, pero otras veces creo que este seguimiento no existe porque los médicos se olvidan de nosotros cuando nos dan de alta.	0	0	6	12.24	1	4.76	7	7.29
4. Aquí no hay seguimiento de nada. Nos atienden de mala gana y nos dan de alta, de tal forma que nunca jamás saben de nosotros.	0	0	2	4.08	0	0	1	1.04
5. Sin respuesta.	0	0	3	6.12	1	4.76	3	3.12
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 34
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A COMO CONSIDERAN EL TIEMPO DE RESPUESTA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. El tiempo es excelente. Nos dan los resultados de forma inmediata, para acudir con el médico y buscar el tratamiento.	1	3.84	7	14.28	2	9.52	11	11.46
2. El tiempo de respuesta es bueno, porque aunque los resultados a veces tardan, la mayoría del tiempo los tenemos nosotros para nuestro tratamiento.	15	57.7	22	44.91	12	57.15	49	51.05
3. A veces hay resultados de laboratorio, pero otras veces tenemos que esperar mucho tiempo para que lleguen y esto retrasa nuestra atención.	8	30.77	15	30.61	3	14.29	28	29.17
4. El tiempo es muy tardado. Puedo decirle que los resultados nunca llegan.	2	7.69	2	4.08	2	9.52	5	5.20
5. Sin respuesta.	0	0	3	6.12	2	9.52	3	3.12
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 35
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI CONSIDERAN QUE LOS PACIENTES CONFÍAN EN LA
ATENCIÓN QUE LOS MÉDICOS PROPORCIONAN, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL
GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí, creo que los pacientes siempre confían en la atención que los médicos proporcionan.	5	19.23	13	26.53	10	47.62	31	32.29
2. Sí, generalmente los pacientes confían en la atención que el personal médico proporciona.	19	73.08	23	46.95	10	47.62	54	56.26
3. Ocasionalmente los pacientes confían en el personal médico y en sus tratamientos.	2	7.69	6	12.24	0	0	9	9.37
4. Los pacientes nunca confían en la atención que los médicos proporcionan.	0	0	3	6.12	0	0	0	0
5. Sin respuesta.	0	0	4	8.16	1	4.76	2	2.08
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 36
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A SI CREEN QUE LOS MÉDICOS SON EFICIENTES EN EL
SERVICIO, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Sí creo que los médicos del Hospital demuestran su eficiencia en todas las actividades que desarrollan.	3	11.54	13	26.53	9	42.85	25	26.08
2. Sí, los médicos tratan siempre de demostrar la eficiencia de su trabajo.	20	76.93	25	51.03	11	52.39	56	58.34
3. A veces, por exceso de trabajo los médicos de este hospital parecen ineficientes.	2	7.69	6	12.24	0	0	8	8.33
4. No, yo no creo que los médicos no son eficientes en el desarrollo de sus actividades.	1	3.84	1	2.04	0	0	2	2.03
5. Sin respuesta.	0	0	4	8.16	1	4.76	5	5.20
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

CUADRO No. 37
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EN TORNO A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS A LOS
PACIENTES, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ" DEL GDF, EN MÉXICO, D.F.
2013

OPCIONES	SERVICIOS						GRAN TOTAL	
	CIRUGIA		MED. INTERNA		GINECO OBSTETRICIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Excelente.	3	11.54	11	22.44	8	38.09	23	23.96
2. Buena.	22	84.62	26	53.08	11	52.39	60	62.51
3. Regular.	1	3.84	11	22.44	1	4.76	11	11.45
4. Pésima	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Sin respuesta.	0	0	1	2.04	1	4.76	2	2.08
TOTAL	26	100	49	100	21	100	96	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La comprobación de hipótesis se realizó de 2 maneras: mediante un análisis descriptivo y un análisis inferencial. A continuación se presenta el análisis descriptivo, mediante la técnica de la Distribución Porcentual Decreciente de las frecuencias.

5.3.1 Resultados descriptivos de ESTRUCTURA

La dimensión de estructura se midió mediante el análisis de 11 ítems dentro de los que estuvieron: Orientación que dan los médicos, cantidad de personal médico para el trabajo, dotación de mobiliario y equipo médico, cantidad de pacientes que atienden los médicos, número de camas para la atención, dotación de medicamentos, rotación de ropa, capacitación de los médicos, funcionamiento del equipo electromédico, distribución física, distribución física de espacio y alimento que consumen los pacientes.

De éstos ítems anteriormente anotados, se tomaron las peores respuestas que dieron los pacientes, para visualizar la problemática que estos viven aunado a su grado de insatisfacción, con aquellos aspectos estructurales del hospital, como a continuación se presenta en la tabla No. 1.

TABLA No. 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DAN LOS
USUARIOS A LA DIMENSIÓN DE “ESTRUCTURA”

INDICADORES	%
Cantidad de personal médico para el trabajo	29.16
Dotación de mobiliario y equipo médico	26.03
Cantidad de pacientes que atienden los médicos	20.83
No. de camas para los pacientes	38.54
Dotación de medicamentos	26.04

Dotación de ropa	46.88
Funcionamiento del equipo electromédico	25.00
Distribución física de espacios	28.13
Alimento que consumen los pacientes	34.38

Entonces, al analizar la Distribución Porcentual Decreciente se puede observar que solo 5 indicadores de 11 medidos, resultaron ser negativos. Estos son 46.88% en la dotación de ropa, 38.54% es el mismo de camas que hay para atender a los pacientes, 34.38% en los alimentos que consumen los pacientes, 29.16% en la cantidad de personal médico en el trabajo y 28.13% en la distribución física de los espacios, como a continuación se visualiza en la Tabla No. 2.

TABLA No. 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” Y “NA” CON LAS
PEORES RESPUESTAS QUE DAN LOS USUARIOS A LA DIMENSIÓN DE
“ESTRUCTURA”

INDICADORES	%
Dotación de ropa	46.88
No. de camas por paciente	38.54
Alimentos que consumen los pacientes	34.38
Cantidad de personal médico para el trabajo	29.16
Distribución física de los espacios	28.13

Item: 11

Punto de corte: 28.13%

Lo anterior significa que al haber medido 11 indicadores y al haber resultado solo 5 negativos la dimensión de Estructura resulta ser positiva y satisface a los usuarios por lo que se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: H₂: Existe una alta calidad de atención médica en el hospital de Especialidades “Dr. Belisario

Domínguez” del GDF. De hecho, los mayores grados de satisfacción lo tienen los usuarios en un 89.59% en la orientación que dan los médicos, 86.47% en la capacitación que tienen los médicos, 69.81% en el mobiliario y equipo médico, 72.92% en la cantidad de pacientes que atienden, 68.78% en la dotación de medicamentos.

5.3.2 Resultados descriptivos de PROCESO

La dimensión de proceso se midió también con 11 indicadores, dentro de los que estuvieron: Cumplimiento cabal de los médicos de sus actividades técnicas, diagnósticos oportunos para los pacientes, tratamientos adecuados para los usuarios, relación médico-paciente, comunicación e información que dan los médicos, calidez en la atención de los médicos, trato humano del personal médico hacia el paciente, seguridad hacia los pacientes, culminación de detalles en la atención médica, dominio de las técnicas médicas y promedio de los días estancia de los usuarios en el hospital.

De éstos ítems anteriormente anotados también se tomaron las peores respuestas que dieron los pacientes, y que permiten visualizar la problemática de calidad de proceso en la atención médica como a continuación se presenta en la Tabla No. 3.

TABLA No. 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE LAS PEORES
RESPUESTAS QUE DAN LOS USUARIOS A LA DIMENSIÓN DE “PROCESO”

INDICADORES	%
Cumplimiento cabal de las actividades técnicas	28.12
Diagnósticos oportunos	27.70
Relaciones médico-paciente	24.99
Información que dan los médicos	22.92
Calidez en la atención	22.91
Trato humano que dan los médicos	22.91

Al analizar la Distribución Porcentual Decreciente se puede observar que de 11 indicadores medidos, solo 3 resultaron ser negativos. Estos son: Cumplimiento cabal de las actividades técnicas de los médicos, en un 28.12%, diagnósticos oportunos en un 27.70%, y 24.99% en la relación médico-paciente, como a continuación se representa en la Tabla No. 4.

TABLA No. 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” Y “NA” CON LAS
PEORES RESPUESTAS QUE DAN LOS USUARIOS A LA DIMENSIÓN DE
“PROCESO”

INDICADORES	%
Cumplimiento cabal de las actividades	28.12
Diagnósticos oportunos	27.70
Relación médico-paciente	24.99

Item: 11

Punto de corte: 24.99%

Lo anterior significa que de 11 indicadores medidos, solo 3 resultaron negativos en el proceso de atención, lo que da idea de que los usuarios están altamente satisfechos con el proceso de atención médica que se brinda en el hospital por lo que una vez más, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: H₂: Existe una alta calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF.

Ahora bien, desde el punto de vista del proceso de atención las calificaciones más altas que dieron los usuarios fueron 91.67% al tratamiento adecuado que brindan los médicos, 86.47% el dominio de las técnicas médicas, 85.92% a la culminación de detalles de la atención médica, 80.22% a los diagnósticos oportunos, 80.21% a la seguridad que tienen para los pacientes en el hospital, 77.09% a la calidez de la atención y otros 77.09% al trato humano. En definitiva, los pacientes están altamente satisfechos con la atención médica brindada en el Hospital de

Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, desde el punto de vista del proceso de atención.

5.3.3 Resultados descriptivos de RESULTADO

La dimensión de resultados también se midió con 11 indicadores, dentro de los que estuvieron: Existencia de enfermedades causadas por errores médicos, alta voluntaria de pacientes, respeto de los médicos a los pacientes, rapidez en la atención, satisfacción con la atención, solución a las quejas de los pacientes, seguimiento de las medidas a los tratamientos, tiempos de respuesta de los resultados de laboratorio, confianza en la atención de los médicos a los pacientes, eficiencia del personal médico en el Hospital y calidad de la atención de los médicos, como se observa en la Tabla No. 5.

TABLA No. 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PEORES RESPUESTAS QUE DAN LOS
USUARIOS A LA DIMENSIÓN DE “RESULTADOS”

INDICADORES	%
Enfermedades causadas por errores médicos	26.04
Altas voluntarias de pacientes	23.95
Rapidez en la atención	36.46
Solución a las quejas de los pacientes	22.91
Tiempo de respuesta de los resultados de los pacientes	34.37

Al analizar la Distribución Porcentual Decreciente se puede observar que los indicadores que resultaron negativos fueron el 26.04% enfermedades causadas por errores médicos, el 23.95% altas voluntarias de pacientes, un 36.46% la rapidez en la atención, en un 22.91% la solución de las quejas a los pacientes, y en un 34.37% el tiempo de respuesta de laboratorio, como a continuación se presenta en la Tabla No. 6.

TABLA No. 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” Y “NA” DE LAS PEORES
RESPUESTAS QUE DAN LOS USUARIOS EN LA DIMENSION DE
“RESULTADOS”

INDICADORES	%
Rapidez en la atención	36.46
Tiempo de respuesta de los laboratorios	34.37
Enfermedades causadas por errores médicos	26.04

Items: 11

Punto de corte: 26.04%

Entonces, de 11 items medidos, solo 3 resultaron negativos, lo cual significa contundentemente la hipótesis de trabajo que dice:

H₂: Existe una alta calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF.

De hecho, las respuestas mejor calificadas desde el punto de vista de los resultados fueron 86.47% para la calidad de la atención de los médicos, 88.55% para la confianza que tienen los pacientes en los médicos, 84.42% para la eficiencia de los médicos en el trabajo, 88.55% el seguimiento que dan los médicos a los tratamientos 88.45% al respeto que sienten los médicos por sus pacientes y 72.93% por la solución a las quejas.

Lo anterior significa que los pacientes están altamente satisfechos con la atención médica recibida en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”

5.3.4 Análisis inferencial

Desde el punto de vista inferencial se comprobó la hipótesis con la técnica estadística ANOVA. Para ello, fue necesario hacer de la calidad percibida una ponderación que permita mediante una escala, visualizar la calidad de la atención

médica evaluada por los usuarios. De hecho, la escala utilizada para el instrumento fue de tipo Likert, donde 4 marca la máxima satisfacción o evaluación satisfactoria de la calidad por la atención recibida y 1, se traduce como la mínima evaluación o deficiente atención recibida. Por tanto, la tabla de ponderación queda clasificada de la siguiente forma para poder traducir los promedios que de aquí en adelante y que estos se pongan de manifiesto durante los resultados y conclusiones:

PONDERACION	CALIDAD PERCIBIDA
0.0 – 1.00	DEFICIENTE CALIDAD
1.01 – 2.00	REGULAR CALIDAD
2.01 - 3.00	BUENA CALIDAD
3.01 – 4.00	EXCELENTE CALIDAD

- En la dimensión de ESTRUCTURA

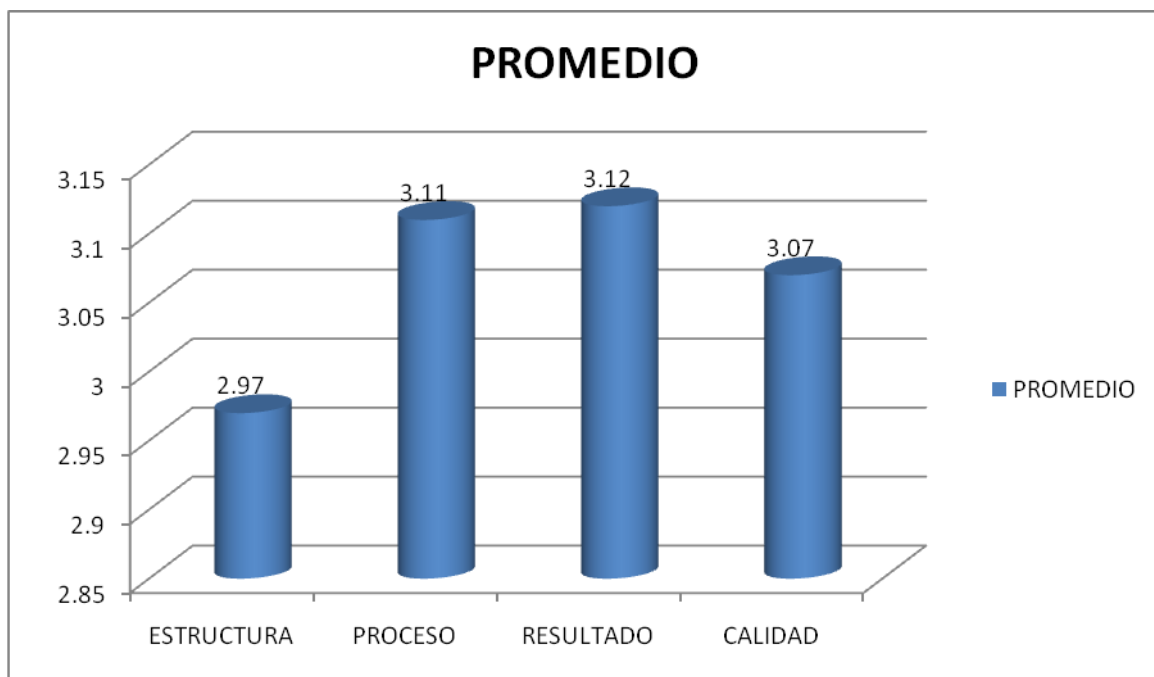
A través del análisis descriptivo se puede observar que la calidad percibida global alcanza un 3.07 de promedio, lo que quiere decir que es de excelente calidad; ya mostrando dimensiones desde las postura de sistemas, la dimensión que es más alta en calidad percibida es el Resultado (3.12), seguida de Proceso (3.11), ambas dentro del rango de excelente. Sin embargo, hay que analizar que la dimensión Estructura tiene un 2.97 de promedio, lo que la coloca en Buena Calidad, como se muestra en la Tabla No. 7.

TABLA No. 7
RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD SEGÚN LOS
USUARIOS

DIMENSION	Media	D.E.
ESTRUCTURA	2.9773	.04876
PROCESO	3.1162	.04638
RESULTADO	3.1246	.06588
CALIDAD	3.0727	.04434

Lo anterior significa que aunque la dimensión de Estructura obtuvo de los usuarios un valor de 2.9773 lo que implica que hay calidad en esta dimensión, existen valores más altos como los del Proceso de atención en 3.1162 y Resultados como 3.1246. esto implica que los usuarios perciben áreas problema en la dimensión de la Estructura hospitalaria, como se presenta en la gráfica No. 1.

GRAFICA No. 1
COMAPRACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS



Así, al realizar el análisis de los indicadores que indagan sobre la dimensión Estructura se pone de manifiesto que los usuarios consideran que los médicos se encuentran capacitados (3.32) y dan una adecuada orientación en un nivel de excelente (3.18). Por el contrario, los indicadores de menor nivel el número de camas que tiene el hospital para atender a la población (2.69) y la existencia de suficiente dotación de ropa (2.67), aun cuando esto también los coloca en un rango de Buena Calidad, como se observa en la Tabla No. 8.

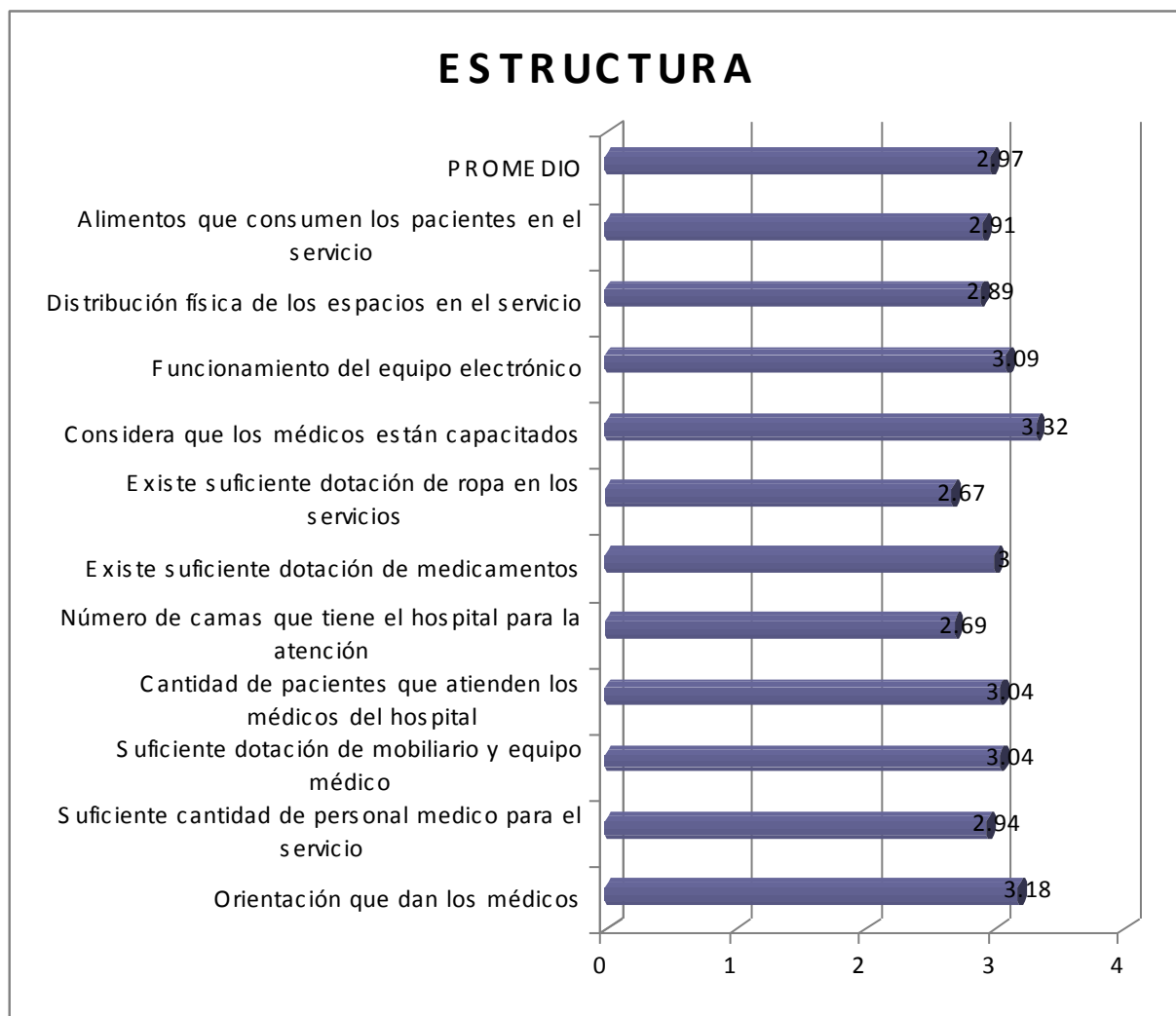
TABLA No. 8
MEDICIÓN DE INDICADORES DE LA CALIDAD DE ESTRUCTURA, SEGÚN
LOS USUARIOS

INDICADORES	Media	D.E.
Orientación que dan los médicos	3.18	.063
Suficiente cantidad de personal medico para el servicio	2.94	.078
Suficiente dotación de mobiliario y equipo médico	3.04	.087
Cantidad de pacientes que atienden los médicos del hospital	3.04	.083
Número de camas que tiene el hospital para la atención	2.69	.088
Existe suficiente dotación de medicamentos	3.00	.087
Existe suficiente dotación de ropa en los servicios	2.67	.090
Considera que los médicos están capacitados	3.32	.071

Funcionamiento del equipo electrónico	3.09	.093
Distribución física de los espacios en el servicio	2.89	.071
Alimentos que consumen los pacientes en el servicio	2.91	.100
PROMEDIO	2.97	.048

Llevada esta información a una gráfica de barras, permite identificar los indicadores de Estructura mejor posicionados, en la Gráfica No. 2.

GRAFICA No. 2
INDICADORES DE LA CALIDAD DE ESTRUCTURA, MEJOR POSICIONADOS, SEGÚN LOS USUARIOS



Entonces, desde el punto de vista estructural, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: H2: Existe una alta calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, según la opinión de los usuarios.

- En la dimensión de PROCESO

Respecto a los indicadores de Proceso se observa que los usuarios manifiestan que los médicos principalmente dominan las técnicas (3.39). Sin embargo, es menor la calidad al hablar de la calidez en la atención (2.92), relación médico paciente (2.94) y comunicación e información de parte de los médicos (2.96). Por el contrario, las calificaciones más altas las obtuvieron el que los médicos sí cumplen con las actividades técnicas en un 3.12, dan diagnósticos oportunos en un 3.15, los tratamientos que ellos proporcionan son los adecuados en un 3.24 y el dominio de las técnicas médicas en un 3.39, como se observa en la Tabla No. 9.

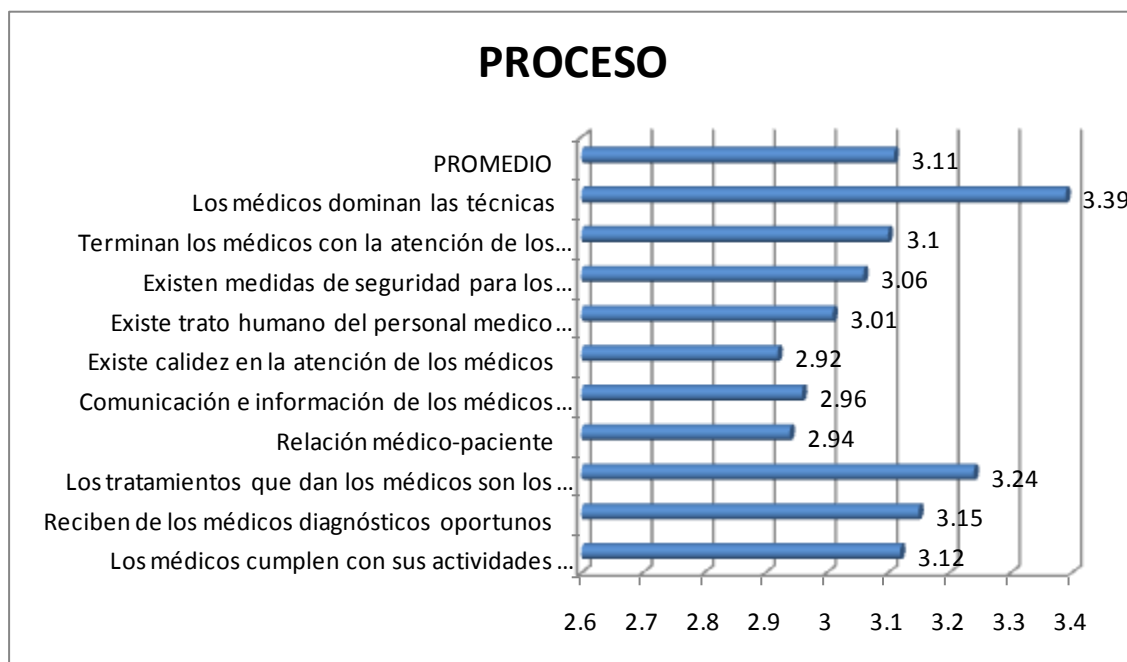
TABLA No. 9
MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE LA CALIDAD DE PROCESO, SEGÚN
LOS USUARIOS

INDICADORES	Media	D.E.
Los médicos cumplen con sus actividades técnicas	3.12	.097
Reciben de los médicos diagnósticos oportunos	3.15	.072
Los tratamientos que dan los médicos son los adecuados	3.24	.059
Relación médico-paciente	2.94	.075
Comunicación e información de los médicos para los pacientes	2.96	.078
Existe calidez en la atención de los médicos	2.92	.071
Existe trato humano del personal medico hacia usted	3.01	.073
Existen medidas de seguridad para los pacientes	3.06	.063

Terminan los médicos con la atención de los pacientes	3.10	.063
Los médicos dominan las técnicas	3.39	.189
Promedio de días en el que está en el servicio	3.39	.088
Proceso	3.11	.046

Ahora bien, llevada esta información a la gráfica de barras, se puede visualizar claramente que las peores respuestas de los usuarios en materia de calidad de Proceso, están en la falta de calidez de los médicos hacia los pacientes, en la escasa relación médico-paciente y en la falta de comunicación e información de los medios hacia los usuarios, como se observa en la Gráfica No. 3.

GRAFICA No. 3
INDICADORES DE CALIDAD DE PROCESO, MEJOR POSICIONADOS,
SEGÚN LOS USUARIOS



De hecho, la dimensión de Calidad de Proceso, fue mejor calificada que la de Estructura por los usuarios, ya que para los pacientes aunque no pasa

desapercibida la falta de calidez y de comunicación de los médicos hacia ellos, estos le dan mayor importancia y trascendencia, a las técnicas médicas a los diagnósticos médicos oportunos y a los tratamientos que ellos reciben y que los médicos brindan para lograr mejorar la salud de los usuarios. Desde luego, al estar mejor calificado por los usuarios, la calidad de Proceso, se comprueba una vez más la hipótesis de trabajo que dice: H₂: Existe una alta calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, según la opinión de los usuarios.

- En la dimensión de RESULTADOS

En los indicadores que muestran la Calidad de Resultado de la atención médica, se observó que los usuarios consideran que el personal médico respeta a los pacientes y familiares (3.51), aunque también reconocen que existen enfermedades causadas por ellos (3.31). Los niveles de percepción de la calidad de los resultados más bajos se encuentran en tiempo de respuesta de resultados de laboratorio (2,81) y la rapidez de la atención médica (2.8); éstas últimas consideradas en un rango de Buena Calidad, como se presenta en al Tabla No. 10.

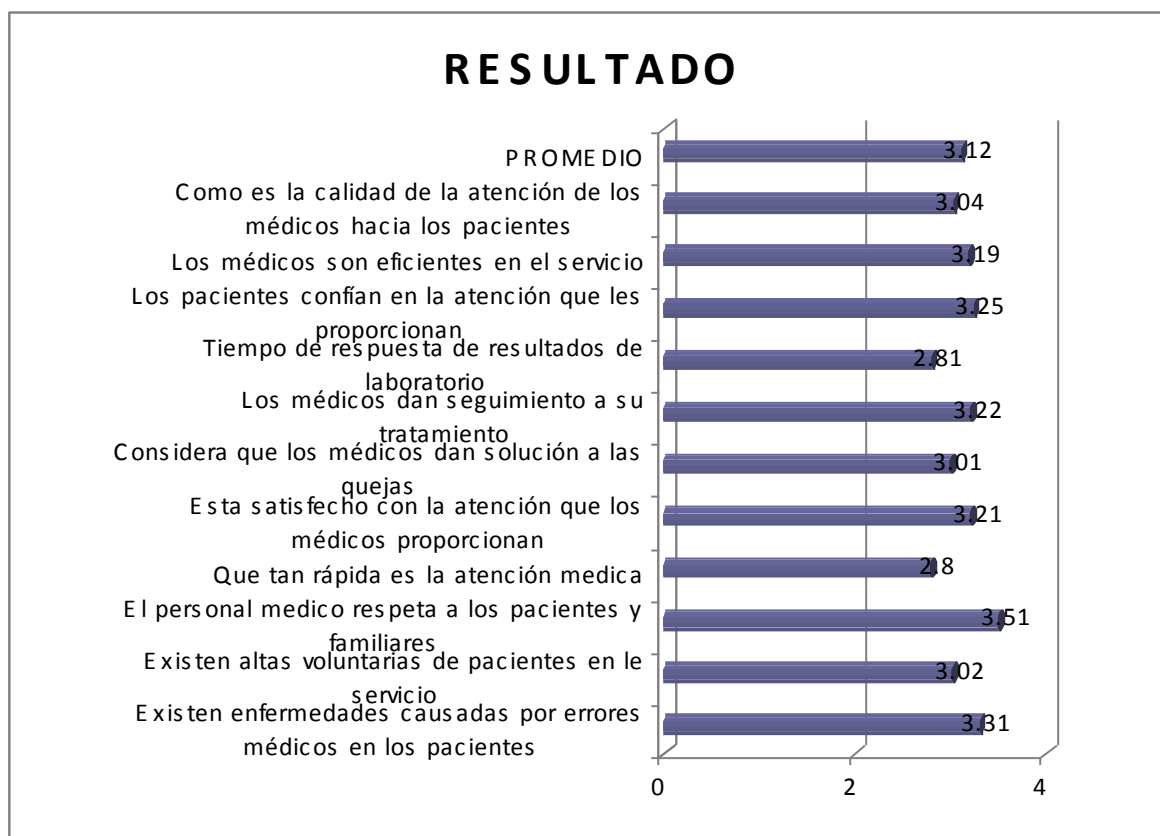
TABLA No. 10
MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE LA CALIDAD DE RESULTADOS, SEGÚN
LOS USUARIOS

INDICADORES	Media	D.E.
Existen enfermedades causadas por errores médicos en los pacientes	3.31	.281
Existen altas voluntarias de pacientes en le servicio	3.02	.096
El personal medico respeta a los pacientes y familiares	3.51	.248
Que tan rápida es la atención medica	2.80	.078
Esta satisfecho con la atención que los médicos proporcionan	3.21	.089
Considera que los médicos dan solución a las quejas	3.01	.076

Los médicos dan seguimiento a su tratamiento	3.22	.068
Tiempo de respuesta de resultados de laboratorio	2.81	.081
Los pacientes confían en la atención que les proporcionan	3.25	.066
Los médicos son eficientes en el servicio	3.19	.075
Como es la calidad de la atención de los médicos hacia los pacientes	3.04	.068
PROMEDIO	3.12	.065

En la tabla anterior se hace visible que las mejores respuestas de los usuarios están en casi todas las unidades, excepto el tiempo de respuesta de los resultados de laboratorio 2.81 y la rapidez de la atención médica 2.80. Esta problemática en la calidad de resultados, no empaña el resultado final que es altamente positivo según los usuarios. Por ello, una vez más se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: H₂: Existe alta calidad en la atención del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, según la opinión de los usuarios como se observa en la Grafica No. 4.

GRAFICA No. 4
INDICADORES DE CALIDAD DE RESULTADOS, MEJOR POSICIONADOS
SEGÚN LOS USUARIOS



- Comparación de las dimensiones: Estructura, Proceso y Resultados, por servicio

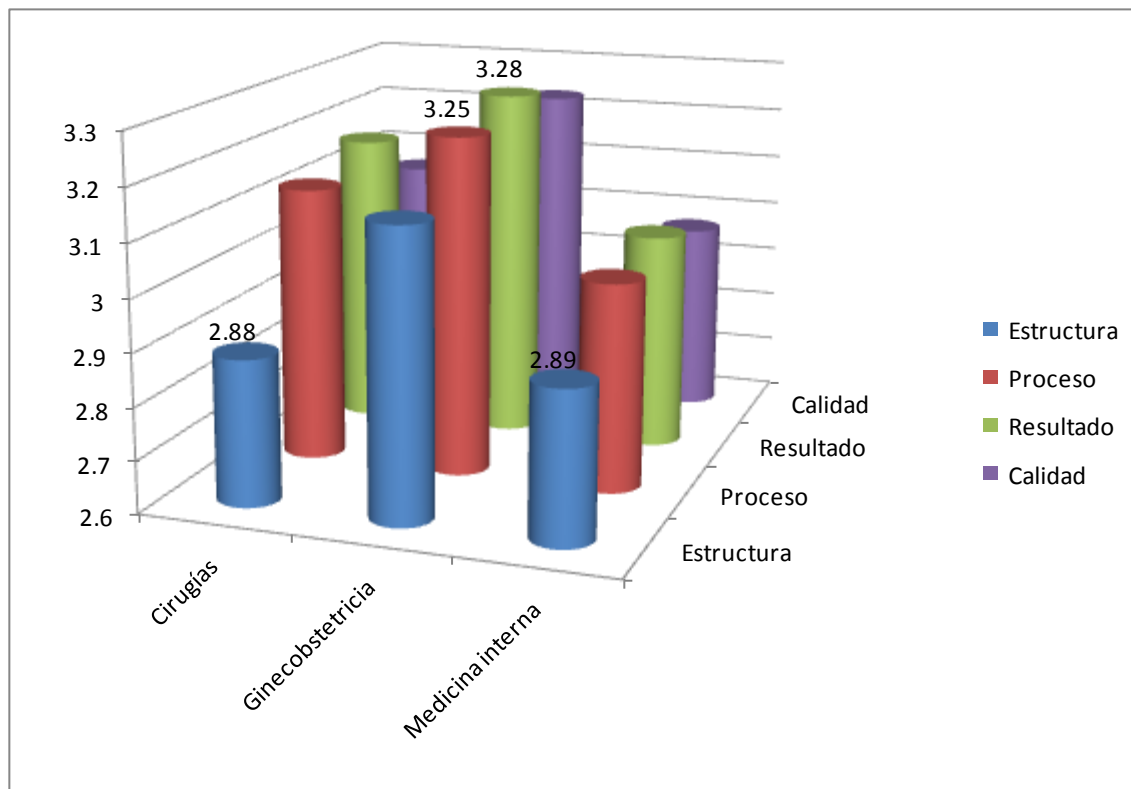
Referente al análisis de medias y la respectiva ANOVA existen diferencias significativas por servicio ($F = .867$, $gl_{\text{inter-grupos}} = 3$, $gl_{\text{intra-grupos}} = 104$, $\text{prob.} < .05$; Bonferroni = $< .05$) donde la diferencia es marcada por los servicios de Gineco Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía. Se puede observar que los mayores promedios de calidad se detectan en Gineco Obstetricia, en la calidad de proceso (3.25) y en la calidad de resultado (3.28). Por el contrario, que la menor calidad emitida por los usuarios se encuentra en el servicio de Medicina Interna, donde la Estructura solo alcanza un 2.89 (Buena calidad) y en Cirugía, la dimensión Estructura también se encuentra desfavorecida 2.88 (Buena Calidad); lo que pone de manifiesto que la falta de equipo y mobiliario para la atención. Estos valores se puede visualizar en la siguiente Tabla No. 11.

TABLA No. 11
MEJORES SERVICIOS EN ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS,
SEGÚN LOS USUARIOS

Servicio	Estructura	Proceso	Resultado	Calidad
Cirugía	2.88	3.13	3.17	3.06
Ginecobstetricia	3.15	3.25	3.28	3.23
Medicina interna	2.89	3.00	3.02	2.97

Los resultados anteriores califican mejor al servicio de Gineco Obstetricia, después a Medicina Interna y por último a Cirugía, como se observa en al Gráfica No. 5.

GRAFICA No. 5
COMPARACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS, SEGÚN LOS USUARIOS



- Comparación de las dimensiones: Estructura, Proceso y Resultados, por turno.

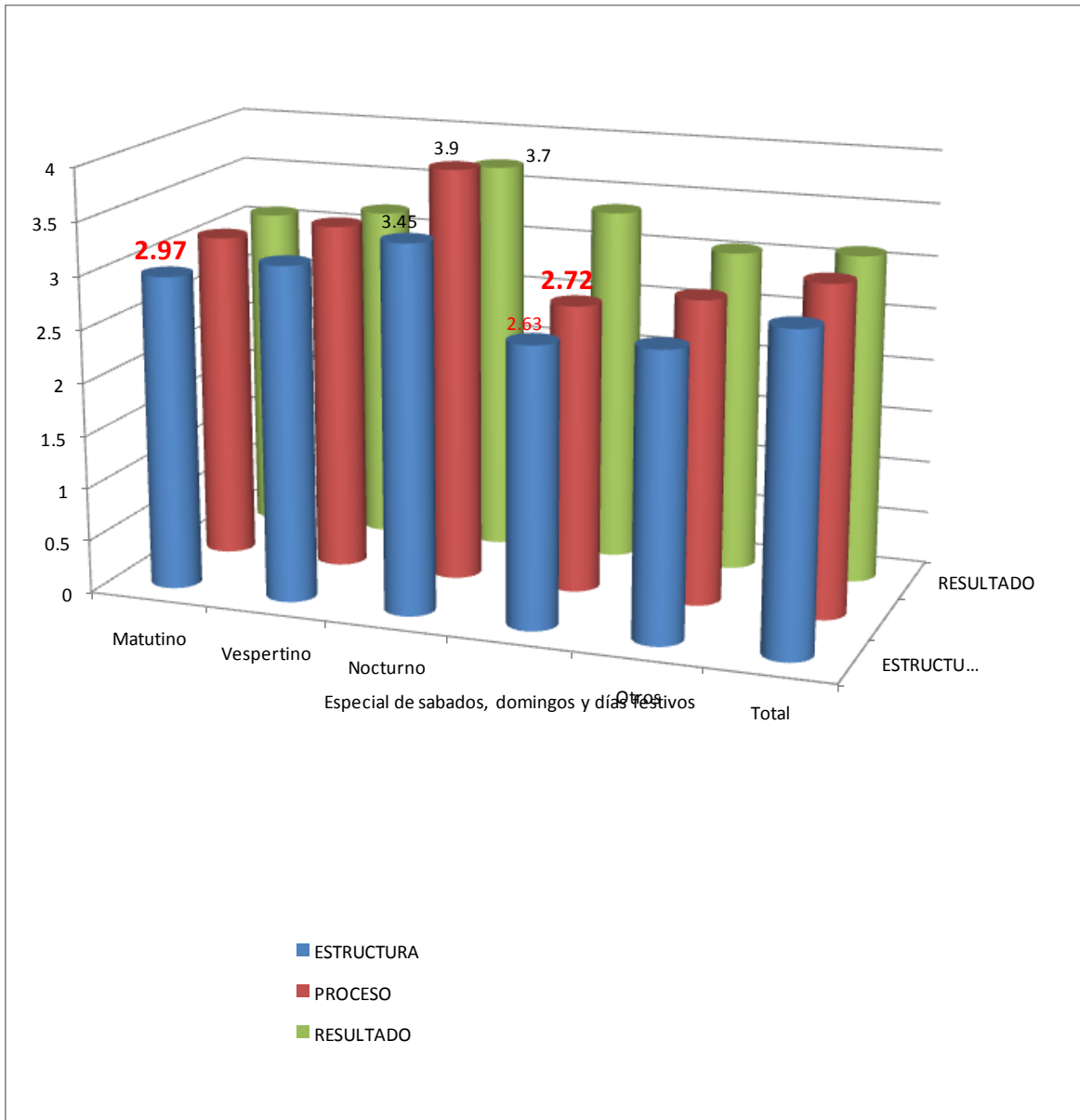
Al realizar un análisis de medias a través de ANOVA, se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F= .938$, $gl_{\text{inter-grupos}}=3$, $gl_{\text{intra-grupos}}= 104$, $prob. <.05$; Bonferroni = $<.05$), donde se muestra que las diferencias están marcadas el turno matutino en estructura (media de 2.97, calidad BUENA) que nos indica la falta de material, equipo y mobiliario para la atención de los usuarios, y los turnos Especiales de Sábados, domingos y días festivos en la dimensión ESTRUCTURA (2.63, calidad Buena) y la dimensión PROCESO (2.72, calidad Buena), lo que nos habla de que en estos turnos especiales tanto no se cuenta con el material, equipo y mobiliario suficiente para la atención como la atención, las actividades técnicas,

el diagnóstico oportuno no son consideradas de alta calidad. Por el contrario, la calidad más alta la muestra el turno nocturno en las tres dimensiones, como se presenta en la Tabla No. 12 y Gráfica No. 6.

TABLA No. 12
COMPARACIÓN DE LA CALIDAD POR TURNO, SEGÚN LOS USUARIOS

TURNO	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO	CALIDAD
Matutino	2.97	3.10	3.10	3.05
Vespertino	3.16	3.29	3.20	3.22
Nocturno	3.45	3.90	3.72	3.69
Especial de sábados, domingos y días festivos	2.63	2.72	3.36	2.90
Otros	2.69	2.87	3.06	2.87
Total	2.97	3.11	3.12	3.07

GRAFICA No. 6
COMPARACIÓN DE LA CALIDAD POR TURNO, SEGÚN LOS USUARIOS



6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Se lograron los objetivos de la investigación al poder analizar la calidad de la atención médica en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” del GDF, con base en la opinión de los usuarios.
- Con 96 encuestas aplicadas a los usuarios de los servicios de Cirugía (26), Medicina Interna (49) y de Gineco Obstetricia (21), se pudo detectar en los datos sociodemográficos que el 60.43% de los usuarios tienen más de 31 años de edad, lo cual implica que son personas que pueden valorar la calidad de los servicios en el Hospital. De hecho, los entrevistados fueron el 60.43% del sexo femenino y el 32.29% del sexo masculino. El servicio en donde están los usuarios fueron: Cirugía en un 21.08%, Medicina Interna en un 51.40% y Gineco Obstetricia en un 21.88%. El turno de atención de los usuarios fue el matutino en un 84.28% y el vespertino en un 6.26% y el nocturno y especial de sábados y domingos en un 4.16%. En los datos anteriormente anotados se puede visualizar que los usuarios entrevistados son personas adultas, predominantemente mujeres, con mayor afluencia al servicio de Medicina Interna y que es el turno matutino en donde se reciben más pacientes.
- En cuanto a la dimensión de ESTRUCTURA, el 89.59% de los usuarios plantea que la orientación de los médicos en relación con sus padecimientos es buena, para el 69.80% de los usuarios si hay suficiente cantidad de médicos para la atención aunque para el 30.77% a veces faltan médicos en Cirugía, el 69.81% dicen que si hay dotación de mobiliario y equipo, aunque sí falta material en un 28.58% en Medicina Interna. En cuanto a la cantidad de pacientes que atienden los médicos, el 72.92% de los usuarios piensan que son suficientes los médicos, aunque para el 20.83% faltan médicos especialmente en Cirugía y Medicina Interna.
En relación a si los médicos están capacitados el 86.47% de los usuarios creen que si lo están, especialmente los de Cirugía y Gineco Obstetricia. En

relación con la distribución física de espacios, el 70.83% de los usuarios consideran que tienen buena distribución los espacios físicos en Cirugía y Gineco Obstetricia, no así en Medicina Interna que piensan que la distribución es regular. Para los usuarios, la dimensión de estructura tiene debilidades en cuanto al número de camas censables ya que especialmente en Medicina Interna el 42.86% de ellos consideran que solo a veces hay camas, pero otras veces no hay y esto enlentece el proceso de atención. Otra área problemática hospitalaria es la de dotación de medicamentos que aunque si son suficientes, un 26.04% de los usuarios considera que a veces faltan los medicamentos. En cuanto a la dotación de ropa, el 46.88% consideran que a veces si hay ropa, pero otras veces, no los cambian porque no la hay. Lo mismo sucede con el mantenimiento del equipo electromédico en donde el 65.66% de los usuarios piensa que el funcionamiento es bueno aunque para el 25% es regular porque se ha dado cuenta que fallan los aparatos y otras veces no funcionan, especialmente en Cirugía y Gineco Obstetricia.

- En relación con la dimensión de PROCESO, los usuarios dieron calificaciones altas por la atención que brindan los médicos, ejemplo de ello, es que para el 80.22% de los usuarios los médicos otorgan diagnósticos oportunos, aunque para el 22.44% de los usuarios de Medicina Interna observan que los diagnósticos tardan en darse, aunque otras veces si son rápidos. El 91.67% de los usuarios consideran que los tratamientos que dan los médicos si son los adecuados. Para el 75.01% de los usuarios la relación médico-paciente es buena en Cirugía y Gineco Obstetricia y en menor medida en Medicina Interna. En cuanto a la información que dan los médicos el 72.92% de los usuarios dicen que si informan especialmente en Cirugía, aunque en menor medida en Medicina Interna y Gineco Obstetricia.

En relación a la calidez el 55.21% de los usuarios manifiesta que la mayoría de las veces la atención es cálida, especialmente en Cirugía y Medicina Interna, aunque en menor medida en Gineco Obstetricia. De igual forma sucede con el trato humano que para el 45.84% de los usuarios si se da este trato humano por parte de los médicos, pero para el 19.79% este trato solo se

da a veces. En cuanto a las medidas de seguridad para los pacientes el 80.21% de los usuarios dicen que si existen medidas de seguridad en los tres servicios, aunque para el 34.61% de los pacientes de Cirugía consideran que hay inseguridad. En relación con la culminación de detalles, el 85.92% de los usuarios piensan que los médicos si culminan con los detalles de la atención y que en un 86.47% dominan sus técnicas médica lo que permite que el 73.97% de los usuarios considere el promedio de días estancia de entre 3 a 5 días en un 43.76% y en 30.11% de 6 a 10 días. Entonces, con los datos anteriormente anotados la dimensión de proceso fue calificada de alta calidad, excepto en las áreas de calidez en la atención, trato humano hacia el paciente, relación médico-paciente e información que dan los médicos hacia los pacientes, lo que se constituyen verdaderas áreas de oportunidad que el personal médico debe reforzar para poder brindar calidad de atención a los usuarios.

- En cuanto a la dimensión RESULTADOS, los usuarios también dieron a la calidad de la atención médica, calificaciones altas en varios sentidos. Por ejemplo, en relación con el respeto de los médicos hacia los pacientes, el 88.55% de ellos, consideran que si existe respeto. En cuanto al seguimiento que dan los médicos a los tratamientos de los usuarios, el 88.55% dicen que si hay un seguimiento por parte de los médicos, especialmente en Cirugía y Gineco Obstetricia. De igual forma, el 88.55% de los usuarios consideran que los pacientes confían en la atención que los médicos proporcionan, el 84.42% de los usuarios creen que los médicos son eficientes en el servicio y el 86.47% dicen que la calidad de atención médica en general va de buena a excelente. Llama la atención que a pesar de que los usuarios dan calificaciones altas en esta dimensión, también existen calificaciones en menor porcentaje en un 68.76% de satisfacción por enfermedades causadas por errores médicos, especialmente en Cirugía y Gineco Obstetricia y porque un 67.72%, no ocurren altas voluntarias en los pacientes. También para el 62.51% de los pacientes, el tiempo de respuesta de los laboratorios para un 34.37% es muy

lento y esto retrasa la atención. Por lo anterior, también los usuarios dan a la dimensión de resultados una calidad de buena a excelente.

- En términos generales se puede decir que existe CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA en las tres dimensiones: estructura, proceso y resultados. Sin embargo, a la dimensión de estructura se le encuentran áreas de oportunidad en: la dotación de ropa, número de camas disponibles para los pacientes, alimentos que consumen los usuarios, cantidad de personal médico para el trabajo y distribución física de los espacios. Las debilidades detectadas en la dimensión de proceso tienen que ver con: la relación médico-paciente, el trato humano de los médicos, la calidez de la atención médica y el cumplimiento global de las actividades médicas. En la dimensión de resultados se detectaron: falta de rapidez en la atención, tiempo de respuesta de los laboratorios y errores médicos.
- El análisis descriptivo e inferencial realizado coincide en la detección de las áreas problema de la atención médica otorgando calificaciones de buena calidad a la dimensión de estructura y de excelente calidad a la dimensión de proceso y resultados.
- En cuanto a los servicios: Cirugía, Gineco Obstetricia y Medicina Interna, el mejor servicio para los usuarios es el de Gineco Obstetricia, seguido de Cirugía y Medicina Interna. Hay que tener en cuenta que el Servicio de Gineco Obstetricia solo tuvo 21 entrevistados, el de Cirugía 26 y el de Medicina Interna 49, por lo que a pesar de tener menos encuestas, Gineco Obstetricia, es el que tiene mejor calidad de atención médica según los usuarios. En relación con el turno, llama la atención que el turno mejor calificado es el nocturno, después el vespertino y finalmente el matutino. Es posible que estas respuestas visualicen que el turno matutino al ser resolutivo, dado que es el inicio de turno y los procesos médico-quirúrgicos se realizan en las mañanas, permite obligadamente dejar ver la problemática interna en la estructura hospitalaria. A pesar de ello, las dimensiones de proceso y resultados fueron calificadas de calidad en todos los turnos.

6.2 RECOMENDACIONES

- De estructura para la atención médica
 - Mejorar la orientación médica que se da a los usuarios enfatizando en aquellas cuestiones técnico-médicas complejas que los pacientes no entienden
 - Incrementar la plantilla de personal médico por servicios, siguiendo el indicador médico-pacientes acorde a un Hospital de Especialidades, para que los usuarios se sientan atendidos y satisfechos.
 - Dotar de todo el mobiliario y equipo médico necesario, con base en los faltantes de los inventarios para todos los servicios y en todos los turnos, a fin de que los médicos encuentren los insumos suficientes para brindar la calidad de atención a los usuarios.
 - Solicitar a los médicos que en el proceso de atención a los pacientes les brinden calidad de atención en los servicios dando respuesta al sin número de preguntas de los usuarios, respecto a su padecimientos y condicionantes del tratamiento médico.
 - Realizar estudios de factibilidad para incrementar el número de camas, con base en las necesidades y requerimientos de la población cautiva y flotante del sector en donde se ubica el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”.
 - Dotar de medicamentos las áreas de servicios con base en la dotación máxima y mínima necesaria por pacientes, para que existan suficientes medicamentos y los familiares no tengan que comprarlos.
 - Dotar de ropa a todos los pacientes del Hospital, en cantidad y calidad, para que los pacientes hospitalizados puedan realizar sus cambios diarios y cuando estos los requieran.
 - Capacitar a los médicos con un programa agresivo de educación de posgrado en sus ramas de especialidad, maestrías y doctorado, para mantener la actualización médica en todas las áreas, en beneficio de los pacientes.

- Actualizar al personal médico que ostenta puestos directivos con un Programa de Educación Continua Intrahospitalaria, con temáticas específicas de: liderazgo, supervisión, comunicación, relaciones humanas, seguridad de los pacientes y administración de la atención médica, etc. que le brinden las herramientas y técnicas administrativas necesarias para realizar mejor el desempeño de su trabajo.
- Realizar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo el equipo electromédico del hospital y con ello, lograr el funcionamiento óptimo de los equipos para cuando se requiera de ellos.
- Mejorar la distribución física de los espacios del hospital, que permita el libre tránsito de los usuarios. Para ello, hay que revalorar la distribución de las áreas físicas para que éstas estén acordes a las necesidades de los usuarios.
- Mejorar los alimentos que brinda el hospital a los usuarios, con menús variados, de buen sabor y servidos calientes que permitan el consumo agradable de los pacientes.
- Orientar al personal médico sobre el Programa Cruzada por la Calidad de la Atención, que garantice el cumplimiento de la calidad en todos los procesos de la atención médica en el Hospital.
- Organizar a los médicos del Hospital, haciéndoles saber de la existencia de normas, políticas y reglamentos internos que deben ser aplicados en el desempeño del trabajo.
- Lograr la certificación hospitalaria y recertificación con los organismos acreditados para tal efecto, para revisar los procesos de atención médica que permitan mejorar los niveles de calidad y lograr la satisfacción de los usuarios.
- Recibir la presión pública de mejoramiento de los servicios médicos, como una oportunidad para detectar errores en la administración hospitalaria que permita obtener mejores resultados en la calidad hospitalaria.
- Tomar decisiones con voluntad política para trabajar todos los procesos médicos e intervenciones específicas en áreas de la calidad de los servicios y beneficiar a los usuarios y sus familiares. Para ello, se requiere definir

intervenciones de calidad por roles y responsabilidades del sistema hospitalario, acordes a las necesidades.

- Convertir al grupo médico en el mejor equipo humano que garantice la estandarización y calidad de los procesos, mediante el cumplimiento de indicadores de calidad que permitan el mantenimiento y mejoramiento de la calidad hospitalaria que satisfaga la expectativa de los usuarios.

- De proceso de la atención médica

- Cumplir cabalmente con todas las actividades técnicas médicas, que garanticen la calidad técnica y funcional del grupo médico y que satisfaga y supere las expectativas del paciente.
- Realizar oportunamente los diagnósticos médicos a los pacientes, guardando los más altos índices de refinamiento y calidad que concierne al contenido técnico científico de la patología del usuario.
- Realizar tratamientos a los pacientes, acordes a las necesidades médicas detectadas, propiciando durante el seguimiento del tratamiento encuestas de satisfacción de los usuarios que garanticen el cumplimiento de sus expectativas de manera consciente.
- Desarrollar información estadística de la actuación profesional médica, que garantice la evaluación sistemática de la actuación profesional del grupo médico y que se tenga la oportunidad de corregir los errores detectados.
- Mejorar la relación médico-paciente con respecto y buen trato del médico hacia el usuario para que en una dimensión ética del cuidado, el paciente se sienta atendido con calidad profesional.
- Incrementar la información y comunicación que se le brinda a los usuarios y sus familiares asegurándose de la cabal comprensión de este, mediante preguntas y respuesta, dando énfasis en el bienestar del usuario.
- Inspirar calidad en la atención médica a los usuarios para que estos se sientan en confianza con el personal médico, lo que redundará en una relación médico-

paciente más positiva para lograr la recuperación del padecimiento en los usuarios.

- Mejorar el trato al paciente, con respeto a su dignidad, humanizando en todo momento las intervenciones médicas, lo que permitirá obtener una colaboración más explícita del paciente en su tratamiento.
- Mantener las medidas de seguridad en todo momento hacia los usuarios para propiciar resultados positivos de bienestar durante la atención del paciente en el hospital.
- Continuar la percepción del grupo médico para que este personal logre la excelencia en los servicios y el Hospital obtenga la más alta satisfacción de los usuarios.
- Cumplir los estándares de la calidad del cuidado médico mediante el análisis y evaluación de la actuación profesional médica para brindar servicios de salud con alta calidad profesional.
- Adoptar la filosofía de la calidad, utilizando las herramientas de la mejora continua en el Hospital que permita lograr la eficiencia en los servicios médico quirúrgicos reduciendo los costos de atención y procurando la satisfacción de los usuarios.
- Realizar exámenes globales y sistemáticos de las actividades médicas realizadas que permitan realizar ejercicios de evaluación de la calidad de la atención proporcionada con modelos de excelencia hospitalaria en salud.
- Culminar todos los detalles de la atención médica a los usuarios mediante el desarrollo de estrategias de calidad que permitan lograr las más altas expectativas de satisfacción de los usuarios.
- Tomar las decisiones necesarias en el campo de la calidad en salud, con análisis inicial de los procesos de atención, desarrollo de estrategias y aplicación de las mismas, en todas las intervenciones médica realizadas, para que el Hospital Belisario Domínguez se constituya en un Modelo de Calidad Hospitalaria en el D.F.
- Dominar las técnicas médico-quirúrgicas en la atención a los usuarios, para acortar los días de estancia hospitalaria de éstos, que permita ampliar la

cobertura de la población a partir de la obtención de buenos resultados en salud a la sociedad.

- Diseñar políticas de calidad en la atención médica hospitalaria por servicios, modificando sustancialmente viejas prácticas rutinarias, estableciendo ciclos de mejora continua y monitoreando, para evaluar la atención y cumplir cabalmente con brindar calidad de la atención a los usuarios.
- Mantener el prestigio de un Hospital que garantiza la calidad médica a los usuarios al otorgar mejores servicios, al crecer en la competencia, al conocer mejor a los usuarios y el satisfacer las expectativas de salud de la población.

- De resultados de la atención médica

- Evitar los errores médicos asegurando el acceso a la atención, el funcionamiento de los servicios, la organización hospitalaria y las intervenciones que garanticen el mínimo de errores y el máximo de calidad en la atención.
- Desarrollar un reporte sistematizado de los errores médicos ocurridos, para llevarlos a un análisis sistemático de la atención profesional y derivar un plan de acción que se lleve al grupo médico a implementar en sus servicios, la cultura de la calidad, en beneficio de los usuarios.
- Evitar las altas voluntarias de los pacientes, influenciadas por una práctica médica que no llena las expectativas de los usuarios y que da idea del alto grado de insatisfacción de los pacientes.
- Propiciar el respeto a los pacientes y la aplicación de la ética, con un desempeño profesional responsable en el marco de la atención médica humana a las personas sanas y enfermas.
- Considerar que la relación médico-paciente positiva es el elemento central para brindar una atención de calidad. Para ello, el personal médico debe adaptarse a las características socioculturales de la población, manteniendo una comunicación clara y de confianza hacia los pacientes.

- Ofrecer servicios de atención médica especializada a todos los usuarios, independientemente de su condición social y disponibilidad de pago, asegurado los estándares mínimos de calidad, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Utilizar los indicadores de medición de la efectividad y la calidad: medición del estado de salud de la población, discapacidad y muerte, morbilidad, mortalidad, crecimiento y desarrollo, productividad social, ajuste de riesgos, análisis de costo beneficio y de costo efectividad de intervenciones, etc, para monitorear la equidad de la atención y propiciar la satisfacción del usuario.
- Realizar encuestas de opinión tipo “survey” a los pacientes para medir el grado de satisfacción con el servicio remitido, analizando claramente las áreas problema de insatisfacción relacionada con la salud y establecer estrategias de mejora en dichas áreas para lograr la satisfacción de los usuarios.
- Dar solución inmediata a las quejas de los pacientes, desde la óptica científica, técnica o profesional, para garantizar la reestructuración de la salud, producto de la queja de los usuarios.
- Dar seguimiento a los tratamientos de los usuarios para disminuir el riesgo de volver al hospital, garantizando el beneficio a toda la población con un menor coste social.
- Incrementar el tiempo de respuesta de los estudios de laboratorio y gabinete que se realicen en el Hospital, para que el personal médico cuente con esos recursos a tiempo y pueda brindar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados al paciente.
- Incrementar la confianza que tienen los usuarios hacia el personal médico, el conocer sus expectativas, valoración de costos de la atención, otorgamiento de beneficios y disminución de riesgos de los servicios.
- Diseñar la calidad de los servicios, con base en los requerimientos de los usuarios, tomando en cuenta sus expectativas de atención, para lograr la satisfacción de los pacientes.
- Eficientar los servicios de atención médica mediante el cumplimiento de los criterios de la calidad. Para ello, se requiere una organización sanitaria

organizada en forma responsable que disponga de elementos tangibles adecuados y con equipo médico competente, satisfecho y orientado hacia el usuario con el fin de satisfacer sus necesidades.

- Ofrecer servicios médicos de alta calidad para mantener la opinión del usuario no solo de “buena a excelente”, sino de “excelente calidad” ocupado todo el factor humano institucional en satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios internos y externos.
- Mantener en buzón de sugerencias, quejas y observaciones para que los usuarios de manera anónima brinden información significativa al personal directivo de los servicios que le producen insatisfacción, para establecer mejoras que logren su satisfacción con el servicio otorgado.
- Cambiar la gestión tradicional por la gestión por procesos para reordenar los flujos de trabajo de forma que aumente el grado de satisfacción del paciente y se faciliten las tareas profesionales de los grupos de trabajo del hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Laurell, Asa Cristina. *Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez: Programa de mejora continua*. Secretaria de Salud. Gobierno del Distrito Federal. Documento impreso. Comunicación social de la Secretaria de Salud del GDF. México, 2005. 9 pp.

Altozano, Esteban. *Definiciones formales de la calidad*. Latin American Quality Institute. Documento impreso: Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/calidad México, 2012. 5 pp.

Jaime Otero y Jaime I. Otero. *Qué es la calidad en salud?* Documento impreso en: jaimetero@terra.com.pe Lima, 2002. 8 pp.

Martín G; José Manuel y Francisco Hernán Maldonado. *El Hospital empresa y la sanidad asistencial: calidad y rentabilidad*. Ed. Diaz Santos. Madrid, 2007. p. 234.

Malagón L; Gustavo y Ricardo Galán Mozera. *Garantía de la calidad en salud*. Ed. Panamericana. México, 2001. p. 17 – 62.

Stern, Denise. *Definición de la calidad del cuidado de la salud*. Documento impreso en: http://www.ehow.com/about5085075_definition_quality-health-care.html#1x222FNOJui8 Vancouver, 1999. 11 pp. México, 2012.

Marriner, Ann. *Administración y liderazgo en enfermería*. Ed. Interamericana. 5ª ed. México, 1997. p. 477 – 500.

Vélez, Abril. *Administración del cuidado*. Documento impreso. Disponible en: <http://orbita.estamedia.com/2unamosapuntes/index>. México, 1992. p. 16. Consultado el 20 de noviembre del 2012.

Bastida, Demetrio. *Calidad total*. Programa de capacitación para la mejora continua. Reestructuración de procesos de planeación estratégica dirigidos hacia la calidad. Secretaría de Salud. México, 1994. p. 30.

Amarilla, Ma. del Carmen y Cols. *Conceptos generales de la calidad*. Curso Regional de Evaluación y mejora de la calidad. Modulo I. Programas de calidad. Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de Servicio en salud. Ministerio de Salud de la región. Documento impreso. Buenos Aires, 2012. 35 pp.

Altozano, Esteban. *Definiciones formales de la calidad*. Latin American Quality Institute. Documento impreso: Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/calidad México, 2012. 5 pp.

Schwartzmann, Laura. *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. Fundación Avedis Donabedian. Documento impreso. Disponible en: [es.scribd.com/doc/19225918/conceptos de calidad en salud](http://es.scribd.com/doc/19225918/conceptos-de-calidad-en-salud). Buenos Aires, 2012. 6 pp. Consultado el México 2012.

Torres A; Laura del Pilar y Norma Patricia Constantino Casas. *Equidad y calidad en salud: conceptos actuales*. En la Revista Médica del IMSS. Vol. 41. No. 4. México, 2003. p. 359-364.

Aguirre Gas, Hector y Enrique Ruelas Barajas. *Estrategias aplicadas a la mejoría de la calidad de la atención*. Documento impreso en: <file://cl/users/svelasuez/Desktop/Revista%20conamed/revista5.htm>[06/03/2009] México, 2009. 4 pp.

Donabedian Avedis. *La calidad de la atención médica; Definición y métodos de evaluación*. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1991. p. 60 – 80.

Ayuso M; Diego y Rodolfo F. Grande Sellera. *La gestión de Enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Ed. Díaz Santos. Madrid, 2006. p. 534-550.

Varo, Jaime. *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria*. Ed. Diaz Santos. Madrid 1994. p. 37 – 63.

Bengoa, Rafael. *Calidad: un procedimiento para fabricar decisiones estratégicas en los sistemas de salud*. Documento impreso de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2006. 15 pp. Disponible en: permisiones@who.int. Consultado el día 20 de diciembre del 2012.

Uscanga S; Santos Regino. *La calidad como medio para evitar errores en la atención Gineco Obstétrica*. En la Revista Conamed. Vol. 11. No. 4. Octubre-Diciembre. México, 2005. 4 pp.

Rodríguez S; Javier y Pilar Mata-Miranda. *Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia*. Hospital Dr. Manuel Gea González. En la Revista Conamed. Vol. 12. No. 2. Abril- Junio. México 2007. 13 pp.

Otero M; Jaime y Jaime I. Otero. *Qué es la calidad en salud?* Documento impreso en: jaimeotero@terra.com.pe Lima, 2002. 8 pp

Guix O; Joan. *Calidad en salud pública*. En la Gaceta Sanitaria. Vol. 19. No. 4. Julio – Agosto. Barcelona, 2005. 9 pp.

Temes M; Jose Luis y Mercedes Mengibar Torres. *Gestión hospitalaria*. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. 4ª ed. México, 2007. p. 609 – 639.

Guilles D; Ann. *Gestión de enfermería: Una aproximación a los sistemas*. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas en Salud. México, 1994. p. 515-541.

Ramírez S; Teresita y Cols. *Percepción de la calidad de la atención médica de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios*. En la Revista Salud Pública de México. Vol. 40. No. 1. Enero-febrero. México, 1998. p. 1- 10.

Garduño E; Juan. *El proceso de calidad en la atención como vía para evitar errores*. Memoria del X Simposio Conamed. En la Revista Conamed. Vol. 11. No. 4. Octubre-Diciembre. México, 2005. 5 pp.

OPS-OMS. *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. 1-5 Octubre. Washington, 2007. 16 pp.

Organización Mundial de la Salud. *Calidad de la atención: un proceso para la toma de decisiones estratégicas en los sistemas de salud*. Documento impreso de la OMS. Ginebra, 2012. 12 pp.

Pascual, Cesar. *Calidad asistencial*. Disponible en: <http://www.zambon.es/profes/coloqui/n9artr.htm> Documento impreso. Madrid, 1995. p. 3 – 8.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Ahued A; José Ramón y Cols. *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*. En la Revista Conamed. Vol. 8. No. 3. Julio-Septiembre. México, 2003. 14 pp.

Anaya J; Estela y Cols. *Calidad de la atención de enfermería según las opiniones de las enfermeras, los médicos y los pacientes y familiares, en los cuatro servicios básicos del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE en México, D.F.* Curso Postécnico de Administración de los Servicios de Enfermería. Escuela de Enfermería del ISSSTE. México, 1996. 217 pp.

Angeles O; Rosa y Cols. *La calidad de la atención de enfermería en los pacientes en el Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE, en México, D.F.: Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios*. Tesis para obtener el título de Profesional Técnico en Enfermería. Escuela de Enfermería del ISSSTE. Sistema Semiescolarizado. México, 1999. 158 pp.

Arriaga M; Tomasa Guadalupe y Cols. *La calidad de la atención de enfermería en el Hospital General de México: Un estudio basado en la opinión del personal operativo y usuario*. Investigación final del Curso Postécnico de Administración de los Servicios de Enfermería. Escuela de Enfermería del ISSSTE. México, 2001. 217 pp.

Balseiro A; Lasty. *La calidad de la atención de enfermería a los pacientes de un Hospital Regional del ISSSTE, en México, D.F.: Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios*. En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 4. No. 1. Año 4. Enero-Abril. México, 2007. 6 pp.

Balseiro A; Lasty. *La calidad del cuidado y la satisfacción de la persona*. En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 4. No. 2. Año 4. Mayo-Agosto. México, 2007. p. 32-48.

Balseiro A; Lasty. *Evaluación de la calidad de la atención e enfermería en el Hospital Santa Fe: Un estudio basado en la opinión del personal de enfermería, médicos, pacientes y familiares..* En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 3. No. 2. Año 3. Mayo-Agosto. México, 2006. p. 31-40.

Buchanan, Jesse. *Hospitales de la red como Midstate Meriden persiguen nuevo modelo de atención al paciente*. Disponible en: jbuchanan@record-journal.com. Washington, 2012. 2 pp. México, 2012.

Caper, Philip. *Definición de calidad en la atención médica*. Documento impreso. Disponible en <http://content.healthaffairs.org/subscriptions/etoc.dtl>. Proyecto Hope. Washington, 1992. 11 pp. México, 2012.

Corella, José Ma. *La gestión de servicios de salud*. Ed. Diaz de Santos. Madrid, 1996. p. 305 – 333

Fernández V; Hector. *La convivencia de la norma de calidad del expediente clínico: una necesidad inaplazable*. Documento impreso. Disponible en: <file:///cl/users/svelasquez/Desktop/Revista%20conamed/revista5.htm> [06/03/2009 02:20:49 pm]. México, 2009. 4 pp.

Gallegos A; Mónica. *Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería en el paciente oncológico*. En la Revista Conamed. Suplemento 13. No. 1. México, 2008. p. 27-30

Hernández G; Luis. *Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica*. En la Revista Conamed. Año 5. Vol. 9. No. 20. Julio-septiembre. México, 2001. 2 pp.

Medina B; Ignacio. *La calidad de la atención médica: expectativas de la sociedad civil*. Documento impreso. Disponible en file:///cl/users/svelasquez/Desktop/Revista%20conamed/revista5.htm [06703/2009] México, 2009. 2 pp.

Morin, Bernarda. *El concepto de calidad y su aplicación en medicina*. Revista Médica de Chile. Vol. 129. No. 7. Julio. Santiago de Chile, 2001. Disponible en: revmedchile@smschile.cl México, 2012. 3 pp.

Navarro R; Francisco P. y Cols. *Mejora del proceso de consulta externa a través de la metodología del análisis de recorrido, en el Hospital General de la Cd. de México*. En la Revista Conamed. Vol. 13. No. 4. México, 2008. p. 29-38.

Ochoa C; Jeannet Monserrat. *Calidad de la atención de enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México, D.F.: Un estudio basado en la opinión del personal de enfermería y de los usuarios*. Tesis de Maestría en Enfermería con enfoque de administración del cuidado. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM. Documento impreso. México, 2012. 295 pp.

Romero T; Miguel Bernardo. *Comunicación y calidad de la atención*. En la Revista Conamed. Vol. 7. No. 3. Abril-Junio. México, 2002. 9 pp.

Sanghavi, Darshak. *Como informar sobre la calidad asistencial*. Temas de salud: lecciones donde el campo. Documento impreso. Disponible en: <http://www.repertingonhealth.org/resources/lessons/how-repnt-health-care-quality> The California Endowment Health Journalism Fellowships. Washington, 2012. 7 pp.

Salcedo A. Rey Arturo y Cols. *La enseñanza de la ética en Enfermería como un coadyuvante en la calidad del cuidado*. En la Revista Conamed. Vol. 13. No. 4. México, 2008. p. 39-42.

Shaw, Charles y Cols. *Experiencias del uso de nuevos estándares en la calidad de la atención médica: Un enfoque retrospectivo*. Documento impreso. Disponible en: <file:///cl/users/svelasquez/Desktop/Revista%20conamed/revista5.htm> [06/03/2009 02:20:49 pm]. México, 2009. 3 pp.

Sosa R; Maritza y Cols. *Programas de mejora continua de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores*. Documento impreso. Disponible en: <http://aps.sid.iu/bus/materiales/programa/otros/estomatologico/calidadatencion.pdf>. Ministerio de Salud Pública. Área de asistencia médica social. Dirección Nacional de Estomatología. Habana de Cuba, 2002. 16 pp.

Torregrosa F; Luis. *Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación medico-paciente*. Documento impreso. Disponible en: <file:///cl/users/svelasquez/Desktop/Revista%20conamed/revista5.htm>[06/03/2009] México, 2009. 2 pp.

Zurita G; Beatriz. *Calidad de la atención de la salud*. Programa nacional de gestión de la Calidad de la atención médica. Universidad Mayor de San Marcos. En la Revista Anuales de la Medicina. Vol. 57. No. 4. México, 1996. 6 pp. Disponible en: sisbid.unmsm.edu.pe/brevistas/anuales/u58=n/casalud.htm México, 2012.

ANEXOS Y APÉNDICES

- ANEXO No.1: ÁREAS DE OPORTUNIDAD DETECTADAS EN EL HOSPITAL BELISARIO DOMÍNGUEZ DEL GDF.
- ANEXO No. 2: DEFINICIONES DE CALIDAD SEGÚN EXPERTOS
- ANEXO No. 3: CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
- ANEXO No: 4: COMPONENTES ESENCIALES DE UN PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITALARIA
- ANEXO No. 5: ESTÁNDARES PARA MEDIR LA CALIDAD DE UN SERVICIO
- ANEXO No. 6: ELEMENTOS BÁSICOS DE LAS NORMAS ISO 9000
- ANEXO No. 7: INDICADORES PARA MEDIR LA EFECTIVIDAD Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
- ANEXO No. 8: MANIFESTACIONES DE LA FALTA DE CALIDAD ASISTENCIAL
- ANEXO No. 9: ATRIBUTOS QUE BUSCAN LOS USUARIOS DE LA CALIDAD EN SALUD
- ANEXO No. 10: GLOSARIO DE TÉRMINOS
- ANEXO No. 11: PROPUESTA FUNDAMENTAL: MODELO DE CALIDAD EN SALUD PARA HOSPITALES DE 2º NIVEL DEL GDF.
- APÉNDICE No. 1: CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN

ANEXO No. 1

ÁREAS DE OPORTUNIDAD DETECTADAS EN EL HOSPITAL DR. BELISARIO
DOMÍNGUEZ DEL GDF

- Falta de Programa de suplencias para el Hospital.
- Falta de oportunidad en la dotación de insumos y medicamentos.
- Inconsistencia en el proceso de Referencia – Contrareferencia.
- Desconocimiento de los Hospitales de la Red sobre lo que somos y para lo que estamos.
- Manejo inadecuado de Residuos Peligrosos Infecciosos – Contagiosos.
- Deficiente integración de los expedientes clínicos.
- Diferimiento prolongado en especialidades que son únicas en la Red.
- Desconocimiento de las medidas para la prevención, detección y seguimiento de infecciones nosocomiales.

FUENTE: LAURELL, Asa Cristina. *Antecedentes del Hospital Dr. Belisario Domínguez*. Secretaria de Salud. Gobierno del Distrito Federal. México, 2012. p. 5.

ANEXO No. 2
DEFINICIONES DE CALIDAD SEGÚN EXPERTOS

- Real Academia de la Lengua Española: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.
- Philip Crosby: “Calidad es cumplimiento de requisitos”.
- Joseph Jurán: “Calidad es adecuación al uso del cliente”.
- Armand V. Feigenbaum: “Satisfacción de las expectativas del cliente”.
- Genichi Taguchi. “Calidad es la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido”.
- William Edwards Deming: “Calidad es satisfacción del cliente”.
- Walter A. Shewhart: “La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva(lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece).
- Definición de la norma ISO 9000: “Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.
- Según Luis Andres Arnauda Sequera: Define la norma ISO 9000 “Conjunto de normas y directrices de calidad que se deben llevar a cabo en un proceso”.

FUENTE: ALTOZANO, Esteban. *Definiciones principales de calidad*. Documento impreso. Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/calidad. México, 2012. p. 1. Consultado el día 18 de diciembre de 2012.

ANEXO No. 3

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios tienen características que le son propias y los diferencia plenamente de los productos. Los servicios son:

Intangibles: No es posible verlos, o saborearlos, sentirlos ni escucharlos no probarlos antes de recibirlos. Por ejemplo: no es posible saber cómo será la visita al odontólogo para la obturación de una caries, hasta que él desarrolla su trabajo sobre nuestra encía y muela.

Inseparables: La producción y el consumo del servicio ocurren simultáneamente, o se pueden separar de su prestador y el usuario participa de la prestación de los servicios.

Variables: El resultado depende de quién lo lleve a cabo, cuándo y como lo realice.

Perecederos: No se pueden almacenar para venderlos o usarlos más adelante.

Teniendo en cuenta estas características, nos preguntamos ¿cómo evalúan los usuarios la calidad de un servicio? Existen numerosos modelos que resultan de utilidad para responder esta pregunta, pero el más difundido dada su validez para medir la calidad en cualquier tipo de servicio, es el modelo SERQUAL desarrollado por Zeithalm, Parasuraman y Berry en 1988,

ANEXO No. 4
COMPONENTES ESENCIALES DE UN PROGRAMA DE CALIDAD
HOSPITALARIA

El objeto que perseguimos con un Programa de Calidad Hospitalaria es la **mejora continua de los resultados** en los pacientes. Por tanto, el plan o programa de calidad tiene que establecer los enfoques que la organización piensa dar a los esfuerzos para mejorar y alcanzar los objetivos relacionados con esta mejora.

Estos enfoques abarcarán los aspectos que cada organización considere fundamentales, pero centrados en los siguientes:

- Grupos de trabajo coordinados de varios integrantes.
- Aspectos interdisciplinarios, que abarquen varias disciplinas y áreas de trabajo.
- Procesos en los que se estudien las actividades interrelacionadas dirigidas hacia un objetivo.
- Orientación o resultado de mejora y por tanto, resulta mensurables y evaluables.

Características básicas del Programa de Calidad:

- Debe estar enmarcado en el ámbito y la cultura de la organización hospitalaria, es decir, que debe tener en cuenta la misión o la razón de ser de la organización, los valores de ésta, y la visión u horizonte que esperamos alcanzar.
- Debe ser coherente con la planificación estratégica.
- Ha de contemplar objetivos sobre áreas y procesos de mejora de la actuación (qué queremos mejorar y como hacerlo; en definitiva, cómo ser más eficaces, adecuados, efectivos, seguros y eficientes).
- Debe especificar cuál es el organigrama de la calidad sobre qué estructura se va apoyar el plan. Creemos que es interesante que exista un Comité o Consejo ejecutivo, con dos funciones principales: la primera de ellas es una de las más importantes para la mejora: **priorizar** los programas, las acciones y los

procesos para la mejora partiendo de la identificación y la detección de las áreas susceptibles de mejorar. En segundo lugar, este Comité debe facilitar la **metodología** que se empleará en el hospital para mejorar los procesos. Dicha metodología debe ser conocida y aplicada en toda la organización. El Comité o consejo ejecutivo debe estar formado por los principales directivos y por los líderes del centro implicados. Además de este Comité, los hospitales deberían contar con grupos coordinadores para la mejora de la actuación en el hospital. Estos grupos suelen clasificarse en dos tipos permanentes (p. ej. Las comisiones clínicas, como la de historias clínicas, infecciones, tumores, mortalidad) y no permanentes o grupos de mejora, que nacen con un objetivo concreto de mejora y que, una vez alcanzado ese objetivo, son disueltos. En todo caso, es muy conveniente que el hospital analice exhaustivamente los objetivos de las comisiones y los grupos, los integrantes, las conclusiones (qué repercusión y difusión tienen), la asunción de las políticas y los procedimientos que ellos emanen. Pero sobre todo tiene que velar porque las propuestas de mejora que se acepten, se introduzcan realmente y, además se evalúen para verificar que han producido una mejora, es decir, que han sido efectivos. No debemos olvidar el alto coste que para cualquier organización supone la creación y el mantenimiento de estos grupos y Comités.

- El plan debe contemplar actividades de formación tanto para los directivos como para el resto del personal, de manera que en el hospital todo el personal conozca bien la metodología y los conocimientos y habilidades necesarios. En general, el componente formativo debería tener dos vertientes claras: estar enfocado hacia el paciente y estar centrado en los procesos.
- Debe contemplar la recogida de datos y su transformación en información. Es muy importante que el Plan señale cuál es la información necesaria, sus fuentes, cómo fluye en ese organigrama, qué se mide y fundamentalmente, cómo introducirán en las mediciones las opiniones de pacientes y familiares, sí como el grado en que se satisfarán sus necesidades. Ahora bien. ¿de qué mediciones estamos hablando? En principio, mediremos tres tipos de procesos: los que se consideran claves, aquellos que tienen gran cantidad de

caos y aquellos que concentre un riesgo para los pacientes. Entre esos procesos se encuentran las siguientes:

- Uso de medicación. Se establecerán las medidas para cada una de las fases operativas de prescripción, preparación, dispensación, administración y monitorización de los resultados de la medición.
- Uso de sangre y derivados. Se determinarán las medidas para cada una de los procesos de prescripción, distribución, administración y monitorización de los resultados.
- Procedimientos quirúrgicos e invasivos. Comprende las medidas de los procesos de selección o adecuación de pacientes, la preparación de los pacientes para el procedimiento, la realización de la técnica y la monitorización del paciente durante ella, la asistencia posterior y el asesoramiento al paciente tras la intervención.
- Además: Monitorización de la anestesia o sedación, adecuación de ingresos y estancias en el hospital, medición del control y vigilancia de la infección, medición de la gestión del riesgo y la seguridad de los pacientes, monitorización de la satisfacción de los pacientes y datos sobre las actividades de control de calidad de determinados departamentos, como radiodiagnóstico, medicina nuclear, laboratorios clínicos y radioterapia.
- El plan debe establecer la finalidad de la medición esto, es ¿para qué medimos? La respuesta sería: para analizar en esta fase lo que debe incluir el plan de evaluación. El plan debe determinar qué personas, estructuras o comisiones se encargarán de esta fase, qué tipos de análisis, herramientas estadísticas, comparativas interna y externas con otras fuentes de datos, así como la frecuencia de análisis.

Junto a este análisis general es necesario realizar otros específicos cuando concurren una serie de circunstancias, como sucesos centinela, muertes inexplicables, reacciones adversas a fármacos y transfusiones, discrepancias importantes entre los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios y en general, los cambios de tendencia sostenidos y las variables significativas en un momento dado, para estudiar estos “picos” o “valles”.

- Por último, el plan debe contemplar como asegurar que las mejoras se realizan y se mantienen. Es decir, qué dotaciones necesita el centro –en metodología, materiales, mano de obra y maquinaria- para que los procesos mejoren. Además, este apartado comprende otro aspecto clave: los profesionales del centro y por tanto, con una implicación de la dirección en su disfunción interna en el hospital.

ANEXO No. 5

ESTÁNDARES PARA MEDIR LA CALIDAD DE UN SERVICIO

La calidad de un producto se mira por su apariencia externa y su efectividad aislada que responde a las expectativas del cliente. Así, la calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. Prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción.

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio. A un cuando en muchos de éstos hay criterios diversos según la cultura de los países, se pueden considerar los siguientes como los aceptados más comúnmente:

- Puntualidad.
- Prontitud.
- Atención.
- Amabilidad.
- Cortesía.
- Honestidad.
- Rapidez de la respuesta.
- Precisión de la respuesta.
- Instrucciones para el empleo.
- Respeto al cliente.
- Solicitud de concepto al cliente.

(Adaptado de : Jacques Horovitz, La calidad del servicio).

En servicio de salud, se considerarían parámetros de calidad:

- Puntualidad.
- Presentación del personal.
- Prontitud en la atención.
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.

- Diligencia para utilizar medios de diagnóstico.
- Agilidad para identificar el problema.
- Destreza y habilidad para la solución del problema.
- Efectividad en los procedimientos.
- Comunicación con el usuario y su familia.
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios.
- Aceptación de sugerencias.
- Capacidad profesional.
- Ética.
- Equidad.

ANEXO No. 6
ELEMENTOS BÁSICOS DE LAS NORMAS ISO 9000

- Responsabilidad ejecutiva.
- Sistema de calidad.
- Revisión del contrato.
- Control del diseño.
- Control de documentos y datos.
- Adquisiciones.
- Control de productos proporcionados por el cliente.
- Identificación y seguimiento de productos.
- Control de procesos.
- Inspección y pruebas.
- Control del equipo de inspección, medición y pruebas.
- Estados de las inspecciones y pruebas.
- Control de productos fuera de especificaciones.
- Acciones correctivas y preventivas.
- Manejo, almacenamiento, empaque, preservación y entrega.
- Control de registros de calidad.
- Auditorías internas de calidad.
- Capacitación.
- Servicios.
- Técnicas estadísticas.

FUENTE: Misma del Anexo No. 2. p. 52.

ANEXO No. 7
INDICADORES PARA MEDIR LA EFECTIVIDAD Y LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN MÉDICA

Entre los indicadores que se han utilizado para medir la efectividad tenemos:

- Medición del estado de salud de la población (*sickness impact profile*).
- Discapacidad y muerte.
- Calidad de vida.
- Morbilidad y mortalidad.
- Crecimiento y desarrollo.
- Productividad social y económica.
- Ajuste de riesgos.
- Carga de enfermedad, DALYS, QUALYS.
- Análisis de costo-efectividad de intervenciones en salud.

En la medición de la calidad, el marco conceptual propuesto por Donabedian identifica tres dimensiones: la estructura, el proceso y los resultados.

Cuando hablamos de calidad de la estructura nos estamos refiriendo a las características de los recursos en el sistema de salud. Para los proveedores, las variables incluyen las características profesionales como especialidad, certificación, edad, sexo, etc. para las instituciones es importante el tamaño y tipo de institución, así como algunos atributos físicos (número de camas) y otros factores organizacionales como la tasa de paciente/médico, estructura organizacional, distribución del presupuesto y fuente de pago.

El método más común para evaluar la calidad estructural es mediante la acreditación organizacional.

El proceso se refiere a lo que se hace por y para el paciente. Se divide en dos aspectos: la excelencia técnica y la calidad interpersonal. La evaluación del proceso se lleva a cabo mediante la consideración de intervenciones apropiadas,

uso de guías clínicas o estándares de atención, perfil de la práctica, clasificación de consumo. Los resultados en salud son el producto del efecto del proceso en la salud y bienestar de la población. Es una medida de la efectividad del sistema de atención.

FUENTE: TORRES A; Laura del Pilar y Norma Patricia Constantino Casas. *Equidad y Calidad en salud: conceptos actuales*. En la Revista Médica del IMSS. Vol. 41. No. 4. México, 2003. p. 362.

ANEXO No. 8

MANIFESTACIONES DE LA FALTA DE CALIDAD ASISTENCIAL

- a) Servicios de salud inefectivos, es decir, que no alcanzan el resultado esperado en salud. Este problema se expresa en términos de injustificada variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de cuidados no consistentes con el conocimiento profesional actual. En el caso más extremo, la falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, situación que ha motivado un aumento de las demandas legales contra profesionales y servicios de salud, así los prestadores de servicios se sienten atacados y adoptan prácticas de medicina defensiva. A nivel regional, son ejemplos de lo anterior el excesivo número de casos de mortalidad materna y neonatal, de infección nosocomial, de uso irracional de medicamentos, y de fallos quirúrgicos.
- b) Servicios de salud ineficientes, es decir, con costes superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Este fenómeno contribuye a un aumento excesivo del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios de salud. Ello supone un costo de oportunidad para el servicio sanitario, retrayendo recursos que podrían invertirse, por ejemplo, en incrementar la cobertura de los servicios a las poblaciones más desprotegidas. La baja capacidad resolutive del primer nivel de atención es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención de mayor complejidad.
- c) La mala calidad se expresa también en limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales, e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud. Esta situación se manifiesta en largas listas de espera, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, distancias excesivas al centro de atención sanitaria, falta de medicamentos en los centros

de atención y oferta de servicios no adecuada al contexto/preferencias culturales y sociales del ciudadano.

Las causas de la falta de calidad son múltiples e involucran fallos tanto a nivel sistémico como a nivel de la prestación de servicios de salud individual.

- a) A nivel sistémico contribuyen a la mala calidad: 1) la falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades, y agenda de reforma del sector salud; 2) la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y el limitado conocimiento de derechos y deberes de los pacientes; 3) la insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros; 4) la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos; 5) las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud; y 6) la formación de pregrado y postgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.
- b) A nivel de la prestación de servicios de salud individual, son causas de mala calidad: 1) la desmotivación de los trabajadores de la salud; 2) la debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas; 3) la ausencia de trabajo en equipo y de relaciones de confianza adecuadas; 4) la atención bajo un modelo paternalista que no involucra al usuario en la toma de decisiones; 5) las condiciones de trabajo inadecuadas; y 6) la inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional.

FUENTE: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OMS. *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. Documento impreso. 27 Conferencia Sanitaria Panamericana. 5ª Sesión del Comité Regional 1-5 Octubre. Washington, 2007. p. 2.

ANEXO No. 9

ATRIBUTOS QUE BUSCAN LOS USUARIOS DE LA CALIDAD EN SALUD

Hablando específicamente de los servicios de salud, de acuerdo a los estudios realizados por organizaciones como la OMS, la American Public Health Association, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals) otros múltiples trabajos, se suman otros atributos y algunos de los ya mencionados sus alcances, es así que pueden identificar las siguientes dimensiones:

Efectividad: Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejora el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación real. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consignan el resultado más deseable.

Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

Accesibilidad: Facilidad con que se obtiene, en cualquier momento, la atención de la salud a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

Competencia profesional: Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.

Satisfacción del paciente: Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.

Oportunidad /Disponibilidad: Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los servicios de salud deben estar

disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.

Continuidad: Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidado de un enfermo progrese sin interrupciones.

Seguridad clínica de pacientes: Atención de salud libre de daños evitables.

Teniendo en cuenta la escueta disponibilidad de recursos con la que generalmente cuenta la Salud Pública, es muy importante recordar lo expresado por Ishikawa quien resumió todos estos conceptos en la idea: “Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”.

ANEXO No. 10 GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCESIBILIDAD: Facilidad con que se obtiene, en cualquier momento, la atención de la salud a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

ACEPTABILIDAD: Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: Conjunto de actividades planificadas y sistemáticas, que lleva a cabo una empresa, con el objeto de brindar la confianza apropiada de que un producto o servicio cumple con los requisitos de calidad especificados.

AUDITORIA DE CALIDAD: Es el examen sistemático e independiente para determinar si las autoridades de calidad y sus resultados cumplen con las disposiciones preestablecidas y si éstas son implantadas eficazmente y son adecuadas para alcanzar los objetivos.

CALIDAD: La calidad es definida como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que los restantes de su especie”. Definiciones más próximas al mundo de la gestión consideran la calidad como el “conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas” o también como “el grado en que un producto cumple con las expectativas técnicas establecidas cuando fue diseñado”. Así pues, hablar de calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual comparar nuestra realidad y conseguir, mediante

esta realidad la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente. Un elemento más que se debe añadir es que la calidad de un producto o de un servicio no está predeterminada por la fatalidad, sino que puede ser programada, medida y mejorada. Es consecuencia la calidad puede ser gestionada.

CALIDEZ: Implica el trato caritativo y amable que el prestador de servicios da al usuario en el momento de realizar las acciones de prevención secundaria o terciaria para manejar los daños a la salud.

CLIENTE: Es la razón de ser de la institución. Son todas las personas sobre quienes repercuten nuestros procesos, servicios y productos que conforme al concepto de calidad del servicio, deben quedar plenamente satisfechos. Es una persona que requiere de los consejos o servicios de aquellos que están calificados para proporcionarlos. El término cliente presenta al receptor como un colaborador en lo que respecta a su propia salud y no como un ser pasivo; es decir, el cliente es la persona que también se responsabiliza. De esta manera, la salud es responsabilidad del propio cliente, en colaboración con los profesionales.

COMPETENCIA PROFESIONAL: Es la capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario, como a la organización.

CONTINUIDAD: En el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.

COMODIDAD: La atención sanitaria se aprecia o valora por las condiciones de confort que lo acompañan. En la opinión del usuario, este aspecto suele ser de especial relevancia y se refleja en la presencia de algunas características de las instalaciones, espacios, mobiliarios, comunicaciones, etc.

COMUNICACIÓN: Es el proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes. En los últimos 150 años y en especial en las dos últimas décadas, la reducción de los tiempos de transmisión de la información a distancia y de acceso a la información, ha puesto uno de los retos esenciales de nuestra sociedad.

CULTURA DE SERVICIO: Implica el sistema de valores compartidos y creencias que interactúan con las estructuras y los sistemas de control para producir normas de comportamiento en beneficio de los usuarios del servicio. Esta cultura, forma parte de nosotros mismos, e implica comprender el efecto de nuestro desempeño, conocer cual es nuestra responsabilidad en el proceso de servicio y hacernos cargo. Esto significa que debemos cumplir con nuestras responsabilidades.

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: Es el escrito donde se consignan las funciones que deberán realizarse en el puesto en forma genérica y analítica, además orienta al empleado en la contratación y fija adecuados programas de capacitación y desarrollo.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO: Corresponde a la prevención secundaria y son las que realiza el médico tradicionalmente. En este proceso la oportunidad y sobre todo, la seguridad del diagnóstico se basan en el examen clínico completo y cuidadoso, en la indicación e interpretación correcta de los estudios realizados.

DIMENSIONES DE CALIDAD: Son por decirlo de alguna manera, los tres ámbitos en los que se hace evidente el grado de calidad con que se otorgan servicios de salud a la población, como es la dimensión técnica, interpersonal y la de amenidades.

EDUCACIÓN CONTINUA: Es la fase del programa de capacitación que sirve para el empleado esté al tanto de los nuevos conceptos, aumente su conocimiento y aptitud, desarrolle su capacidad para analizar problemas y trabajar con otros. Se piensa que el personal que ya forma parte de la organización constituye el

potencial humano más prometedor y en consecuencia, todos los esfuerzos se deberán dirigir a su desarrollo ininterrumpido.

EFFECTIVIDAD: La efectividad puede definirse como una medida del impacto en los indicadores de salud como resultado de la eficacia y la calidad de los servicios. Se ha definido como “el mejor resultado para un nivel dado de recursos o el mínimo costo para un máximo de beneficio con un nivel dado de recursos” o el “nivel máximo de producción alcanzable a un determinado costo”. Así, la efectividad es la capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. De igual forma, la efectividad relaciona igualmente, la capacidad del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable.

EFICIENCIA: Es la relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

ENCUESTAS: Permiten el estudio de las actitudes, juicios, intenciones, valores, opiniones, creencias, motivos, expectativas y como método de exploración, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos porque se adoptan a todo tipo de información aportada. Porque una encuesta no presente sesgos y sea confiable, es necesario diseñarlas siguiendo rigurosos pasos.

EQUIDAD: La equidad se refiere al derecho a la salud, en donde la justicia es el principio ético. De acuerdo con este principio, existen varias teorías que han definido la equidad: la teoría del derecho, la igualitaria, la basada en necesidades y la utilitaria. Todas ellas se basan en el principio de justicia en el derecho que los individuos tienen el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, el concepto de

equidad aduce también a que los recursos en salud se distribuyan entre los grupos de población de tal forma que se minimicen las diferencias en los estados de salud.

ERROR: Es el dicho o hecho cuyas consecuencias pueden ser perjudiciales. Implica también el hecho en que la medición de resultados exista un factor que no corresponda a lo esperado generando problemas.

ESTRATEGIA: Son procedimientos, principios y rutas fundamentales que orientan el proceso administrativo para el logro de los objetivos a los que se desea llegar.

EVALUACIÓN: Es el proceso que define el grado de eficiencia y eficacia con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas.

EXCELENCIA: Es la fuerza fundamental que se oculta detrás de toda organización exitosa. Es una forma de actuar para llevar al ser humano a su realización plena. Es también renunciar a la mediocridad. Es un compromiso personal de todos los días en todos los sentidos tanto en el técnico como en lo humano. Puede lograrse teniendo confianza en la capacidad personal y en los demás.

GARANTÍA DE CALIDAD: Es la forma más habitual de afrontar el tema de la calidad en los servicios de salud y el marco conceptual. El desarrollo de este tema fue aportado por el Dr. Avedis Donabedian quien estableció tres niveles de análisis de la atención de la salud: estructura, procesos y resultados.

GESTIÓN DE CALIDAD: Es la gestión que determina e implanta la política de calidad que incluye la planeación estratégica, la asignación de los recursos y otras acciones sistemáticas en el campo de la calidad, tales como la planeación de la

calidad, el desarrollo de actividades operacionales y de evaluación relativas a la calidad.

IATROGENIA: Es toda alteración del estado del paciente en perjuicio de su salud, ocasionado por la actividad médica. Sus principales causas son: la primera es la prisa, la segunda es la delegación inadecuada de funciones y la tercera, es la aplicación de malas técnicas.

INSTITUCIÓN: Es un establecimiento o fundación creada con la finalidad de proporcionar algún servicio, existen diferentes tipos de instituciones. Los de carácter científico, de artes literarias, benéfico, etc. En el aspecto benéfico, encontramos como ejemplo, las instituciones creadas para brindar asistencia social y de salud a una población determinada.

ISO 9000: Implica un juego de normas de aseguramiento de calidad formuladas por la directiva de la comunidad Europea. Estas norma están difundándose rápidamente a nivel internacional y la mayor parte de los países industrializados la están adoptando como la norma para asegurar sus sistemas de calidad. Nuestro país ha adoptado recientemente las Normas ISO 9000, ISO-9003 e ISO-9004. La serie ISO-9000 es un grupo de cinco estándares internacionales (90000-9004) diseñados para la evaluación uniforme de sistemas de administración de calidad a nivel mundial. Los estándares no se refieren específicamente a un tipo determinado de "producto", ni se dirigen a un tipo de industria en particular, se han diseñado en forma genérica para aplicarse en cualquier caso. El propósito del ISO 9000 es lograr una disciplina en la organización basada en demostrar lo que se hace y hacer lo que se documenta asegurando la constancia y manteniendo los registros como prueba de cumplimiento. Asimismo, requiere de un sistema formal para la administración de la calidad respaldado con documentos.

LIBRO DE QUEJA: Es la fuente más tradicional de datos, pero resulta parcial en la información que brinda, ya que el usuario se dirige a dejar asentada una queja

cuando está altamente insatisfecho con el servicio prestado, por lo que permite obtener información de aquellos usuarios que no están completamente insatisfechos pero que tienen aportes para hacer de modo de establecer mejoras que logren su satisfacción.

MANUAL DE ORGANIZACIÓN: Son documentos diseñados para ilustrar la estructura orgánica de la dependencia de que se trate. Se utiliza para formalizar su organización, asignar responsabilidades y como un instrumento de evaluación en las auditorías. Con este recurso se puede definir las funciones de las personas y las relaciones que deberán existir entre ellos.

MANTENIMIENTO CORRECTIVO: Las instalaciones y el equipo son trascendentes para el buen éxito de la empresa y se requieren de los recursos financieros que permitan en su momento cubrir en los niveles de operatividad los resultados, disponibilidad y adecuación tanto de las instalaciones, como del equipo.

MANTENIMIENTO PREVENTIVO: Implica mantener en condiciones óptimas de funcionamiento, las instalaciones, equipos, mobiliarios, instrumental y todos los artículos e inmuebles del hospital. Es una labor fundamental para el mejoramiento de la calidad del servicio de atención médica.

MATERIAL Y EQUIPO: Son recursos indispensables para brindar una atención segura al paciente. De esta manera, el equipo es todo objeto susceptible de desgaste o aquellos artículos que no necesitan ser reemplazados frecuentemente, como muebles, aparatos, instrumentos, termómetros, etc. En tanto que el material, son recursos de consumo y de desecho.

MEJORA CONTINUA: Es el panorama que sirve para que el empleado esté al tanto de los nuevos conceptos, aumente su conocimiento y aptitud, desarrolle su capacidad para analizar problemas y trabajar con otros, constituye el potencial

humano más prometedor, sus esfuerzos deberán dirigir a su desarrollo ininterrumpido. La mejora continua no concibe a la calidad como una meta fija, sino como un atributo de un servicio, que puede ser mejorado continua y paulativamente. Por tanto, de una idea de esfuerzo continuo y progresivo que va dando satisfacción y sensación de logro a los equipos de trabajo y no de la impresión de algo difícil o imposible de lograr como la calidad o la garantía de la calidad.

MOTIVACIÓN: Es la fuerza interna que en virtud de las carencias y necesidades impulsa el individuo a la búsqueda de satisfactores y mejores condiciones de vida. Está constituido por factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales, capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo.

OBSERVACIÓN: Es una exploración que permite ser testigo de los momentos que vive el usuario en contacto con la institución durante la prestación del servicio y/o en la interacción con el personal de contacto.

OPORTUNIDAD/DISPONIBILIDAD: Es el grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los servicios de salud deben estar disponibles cuando se registren durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.

PACIENTE: Es todo individuo que recibe algún tipo de ayuda, ya sean cuidados, instrucción u orientación de un profesional de la salud. Para ser un paciente no es necesario estar enfermo, ya que cualquiera que reciba instrucciones relativas al mantenimiento de su salud pueda calificarse de paciente. Es también una persona que espera ser sometido a tratamiento médico. La palabra paciente proviene de un término latino que significa sufrir o tolerar. Se alcanza el grado de paciente cuando la asistencia es necesaria por enfermedad o por intervención quirúrgica.

PLAN DE CALIDAD: Documento que establece las prácticas operativas, los procedimientos, los recursos y la secuencia de las actividades relevantes de calidad, referentes a un producto, servicio, contrato o proyecto en particular.

PLANEACIÓN: La planeación implica fijar un curso concreto de acción a seguir. Es una función fundamental de la administración que determina a donde queremos dirigirnos, con qué medios, siguiendo que pasos y en cuanto tiempo: decidiendo de antemano que hacer, como hacerlo, cuando y quien deberán llevarlo a cabo, determinando el tiempo para su realización.

POLÍTICA DE CALIDAD: Conjunto de directrices y objetivos generales de una empresa relativos a la calidad y que son formalmente expresados, establecidos y aprobados por la alta dirección.

POLÍTICAS: Son guías y cursos de acción que sirven para formular e interpretar los objetivos que han de conducir la organización a través de ellos se emiten decisiones de los dirigentes que sirvan de guías para las acciones que deben emprenderse al alcanzar un objetivo. Las políticas tienen ordinariamente por lo menos también niveles, como la organización y van desde las políticas más fundamentales hasta las departamentales.

PROCEDIMIENTOS: Señalan la secuencia de operaciones y la manera de ejecutar un trabajo para obtener mejores resultados, al hacer las cosas. Deben revisarse periódicamente a fin de evitar la rutina y la super especialización, así como la duplicación.

PROCESO: Se llama proceso a la serie de pasos que hay que dar para obtener un resultado. Nuestra vida diaria está llena de procesos, desde el hecho de levantarnos, ir a la oficina o al lugar de trabajo, ir de vacaciones, hasta descansar por la noche. De igual manera, las fábricas y las instituciones de servicio tienen que desarrollar toda una serie de pasos para fabricar el producto o prestar el

servicio. En los hospitales el producto de los procesos debe ser la obtención de los mayores beneficios con los mínimos riesgos para el paciente, haciendo uso óptimo de los recursos disponibles.

PROGRAMA: Son planes que fijan la secuencia de las actividades, así como el tiempo requerido para realizarlos. Por lo tanto, es un complejo de metas, políticas, procedimientos, reglas, asignación de tareas, pasos que han de darse, recursos que deben emplearse y otros elementos necesarios para llevar a cabo el objetivo.

PROVEEDORES: Conjunto de profesionales médicos que administran, supervisan o proporcionan un cuidado directo a los pacientes. Para ello se requiere contar con una amplia gama de normadores de políticas, administradores, supervisores y facultativos que proporcionen una gran variedad de servicios clínicos.

RAPIDEZ: Implica actuar de inmediato en cualquier actividad a realizar sobre todo en circunstancias graves en las que se antepone la vida del paciente y que requiere emplear acciones a la mayor brevedad posible, donde es fundamental la destreza y habilidad de los prestadores de servicio, para la obtención de resultados satisfactorios.

RECURSOS: Consiste en la posibilidad de contar con las condiciones materiales necesarias para la investigación, primordialmente personal humano y recursos económicos.

RECURSOS HUMANOS: Es un recurso marginal renovable que hace conveniente su uso conservador y efectivo, y no solo es un contribuyente actual sino también, a largo plazo para la realización del objetivo y el bienestar de la empresa y la comunidad, incluyendo una amplia visión del total de las actividades de la empresa y el entorno del trabajo.

RELACIONES HUMANAS: Son todas aquellas formas de conducta que se utilizan consciente e inconscientemente para relacionarnos con otro “ser humano”, produciendo una acción recíproca y dinámica que incluya hablar, escribir, escuchar y atender.

RELACIONES PERSONALES: La prestación de la atención sanitaria tiene un importante componente de relación y comunicación entre las personas, las que prestan los servicios y los que las demandan y reciben. Este elemento influye igualmente en la calidad y se traduce en las condiciones presentes en la atención de trato individual, personalización del cuidado, cortesía y corrección en la comunicación y respeto a los valores, opiniones y creencias.

RESPECTO: Es el trato digno que merece toda persona, independientemente de sus características individuales, de su nacionalidad, cultura o estatus social.

RESULTADOS: Es una reproducción abreviada pero bastante explícita, del proceso lógico que lleva de los datos iniciales a las conclusiones que incluye la interpretación y la demostración, adecuada con el establecimiento de las relaciones o enlaces comprobadas con la experiencia.

REVISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD: Es la evaluación formal, efectiva por la Alta Dirección de una organización, del estado y la adecuación del sistema de calidad en relación con la política de calidad y los nuevos objetivos, el resultado del cambio y la evolución de las circunstancias.

SALUD: Es la situación de bienestar físico, mental y no solamente la ausencia de enfermedad y de otras circunstancias anormales. No es una definición estática, sino que la homeostasis se deriva de un cambio constante y de un conjunto de mecanismos de adaptación al estrés.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Implica una experiencia racional o cognitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación de las expectativas y comportamiento del producto o servicio. Está subordinada a diversos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y de la propia organización. Estos elementos del servicio esperado condicionan que la satisfacción será diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. La satisfacción del paciente implica también el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y DEL PROVEEDOR: Implica la complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

SEGURIDAD: La seguridad es importante para todos, pero en especial para los enfermos. Los aspectos de protección son los más importantes de todas las funciones de la enfermera. La seguridad es parte de la necesidad básica del hombre, pero cuando se encuentra enfermo se vuelve más vulnerable a los accidentes y lesiones, no obstante, la edad afecta su capacidad para percibir e interpretar estímulos sensoriales del ambiente y tomar la acción más eficaz a fin de proteger de los estímulos perjudiciales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: La seguridad del paciente que ha sido definida como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Constituye una tarea de todos quienes están involucrados en la actividad asistencial: pacientes, profesionales y directivos.

SERVICIO: Es la unidad administrativa en donde labora personal que proporciona y da atención acorde a su área, por lo tanto debe contar con la instrumentación administrativa necesaria para cumplir con tal fin.

SISTEMAS DE CALIDAD: Es la integración de responsabilidades, estructura organizacional, procedimientos, procesos y recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de calidad.

SUPERVISIÓN DE CALIDAD: Es la verificación y seguimiento permanente a los procedimientos, métodos, condiciones de ejecución, procesos, productos y servicios, con el fin de asegurar que se cumplan todas las especificaciones y normas establecidas en las empresas.

TRATAMIENTO OPORTUNO: Pertenece al segundo nivel de prevención. Tiene como objetivos especiales evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez, mediante el tratamiento adecuado, acciones que se dirigen al enfermo el personal médico y de enfermería.

TOMA DE DECISIONES: Uno de los aspectos más importantes de la dirección es la toma de decisiones. Es decir, elegir que es lo que se debe hacer, quien, como, donde, cuando y como debe hacerse esta selección se debe basar en la información y consecuentemente traducirse en orden.

TRATO: Implica el tratamiento de cortesía y dignidad en la atención de calidad. El personal debe esforzarse por brindarle al usuario de un servicio, un trato activo con eficacia y eficiencia que le permita al usuario sentirse satisfecho.

ANEXO No. 11

PROPUESTA FUNDAMENTAL: MODELO DE CALIDAD EN SALUD PARA
HOSPITALES DE 2º NIVEL DEL GDF

En este capítulo se presenta la propuesta fundamental de esta investigación, que consiste en el Modelo de Calidad asistencial para hospitales de 2do. Nivel de atención del GDF. Este modelo da a conocer las 5 áreas básicas de la calidad.

- Ruta de la calidad: Inspección, control de calidad, aseguramiento de la calidad, gestión de la calidad y calidad total.
- Dimensiones de la calidad: Estructura, proceso y resultados.
- Las propiedades: insumos, proceso y productos.
- El ciclo de mejorar continua y círculos de la calidad.
- La satisfacción del usuario.

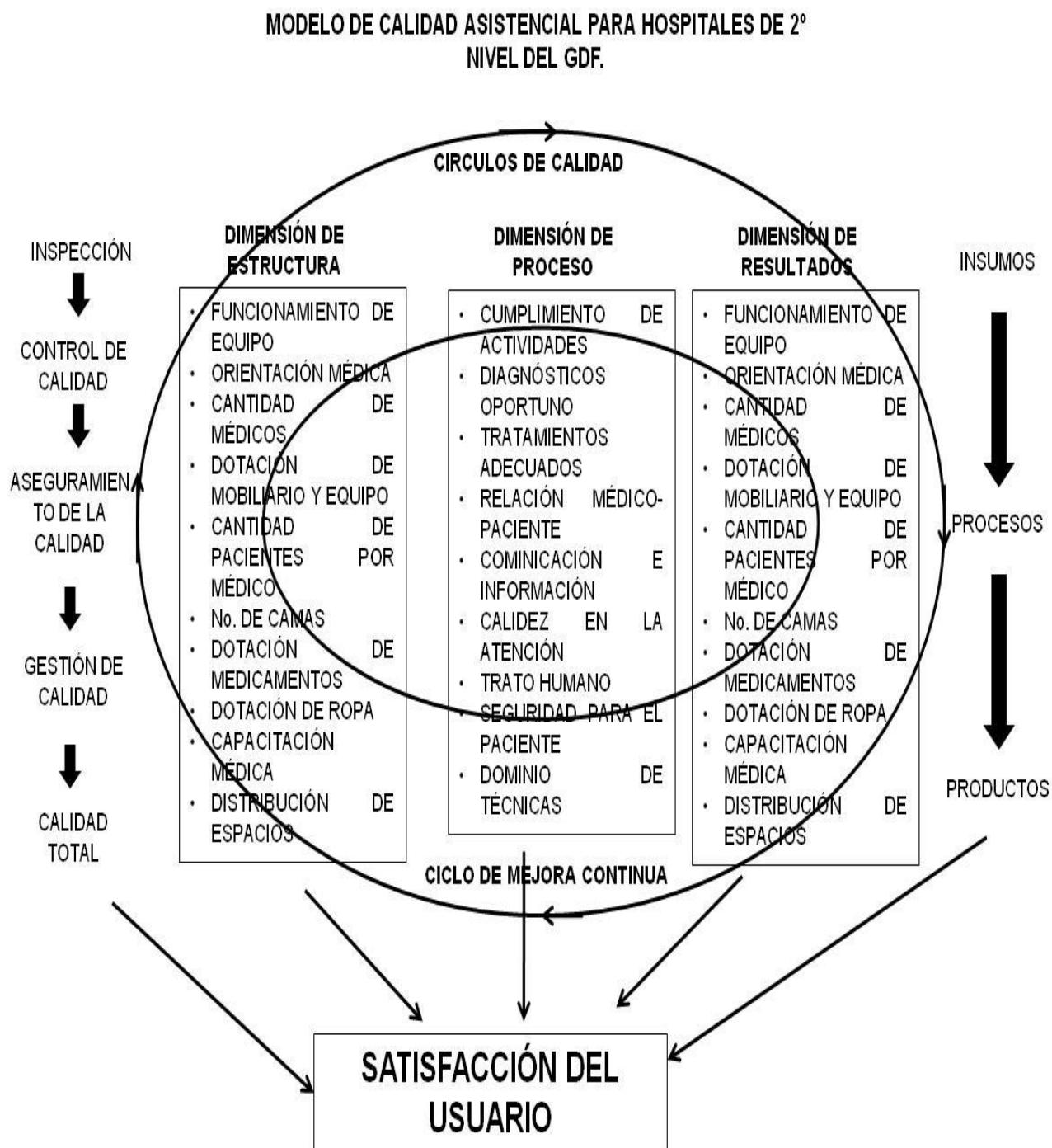
Para describir cada una de éstas áreas, conviene recordar el concepto de calidad asistencial que a continuación se presenta:

- Concepto de calidad asistencial

Avedis Dorabedian describe la calidad asistencial como la obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor acto y con el menor riesgo posible. Esta definición se retoma al igual que la de la Organización Mundial de la Salud que dice: Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (Amarilla, 2012: 8).

- El modelo de calidad: asistencial

El modelo de calidad asistencia es una propuesta integradora que retoma las áreas básicas de interés de la calidad asistencial para lograr la satisfacción del usuario. (Ver Modelo de Calidad Propuesto).



La Ruta de la calidad implica tomar en cuenta el proceso que todos los sectores de asistencia sanitaria han seguido hasta alcanzar la calidad total que merecen los usuarios. De hecho, inician este proceso con la inspección visual de los procesos de atención para después implementar el control de gestión, que dio paso al establecimiento de indicadores de evaluación con el aseguramiento de la calidad y finalmente la gestión de la calidad con la declaración y certificación en donde se anota por escrito que las instituciones tienen la competencia y capacidad técnicas necesaria para desarrollar las actividades que realizan. Finalmente la última etapa es la de gestión de la calidad total que involucra la aplicación de principios de la gestión de la calidad en todos los departamentos de la organización. El énfasis se centra en las personas, propiciando la participación, formación y desarrollo de empleados.

De hecho, en la gestión de la calidad total se utilizan herramientas de gestión más sofisticadas en un esfuerzo sostenido para mejorar la gestión de los procesos. Así, todas las actividades se rediseñan para girar en torno al cliente y se busca establecer relaciones mutuamente beneficiosas, con proveedores.

- Dimensiones de la calidad: Estructura, proceso y resultados.

Las dimensiones de la calidad tienen 3 niveles de análisis de la atención de la salud, establecidos por Avedis Dorabedian que son: estructura, proceso y resultado. En el caso de la Estructura se refiere a los medios materiales y sociales implicados para proporcionar la atención. Por ejemplo: equipamiento, ambiente, capacitación, organización y gestión del personal. En el caso específico de la atención médica de un hospital de 2do. nivel del GDF la estructura implica: funcionamiento de equipos, orientación médica a pacientes y familiares, dotación de mobiliario y equipo médico, cantidad de pacientes atendidos, cantidad de camas, dotación de medicamentos, dotación de ropa, capacitación del personal médico, distribución física de espacios y alimentos que provee el hospital a los pacientes.

En relación con el proceso de atención, comprende los métodos de diagnóstico y tratamiento, la protocolización de la atención en salud, los métodos destinados a conseguir cirugías seguras, a minimizar los riesgos de infecciones intrahospitalarias etc. Incluye también procedimientos administrativos y de comunicación con el paciente y continuidad de cuidados entre niveles de atención. En el caso específico de los hospitales del GDF el proceso de atención también involucra el desarrollo de técnicas médicas, diagnósticos oportunos, tratamientos adecuados, relación médico-paciente, comunicación e información médico-paciente, calidez en la atención, trato humano al paciente, culminación de detalles en la atención, dominio de técnicas médicas y promedio de días de estancia, entre otras.

En cuanto a los resultados este se centra no solo en prolongar la vida, sino en lograr una buena calidad de vida a los usuarios, luego de la intervención de los servicios de salud. Para el caso específico de los hospitales de 2º nivel del GDF, los resultados se centran en: la no existencia de iatrogenias, la no existencia de altas voluntarias, el respeto a los pacientes y familiares, rapidez en la atención, satisfacción plena de las necesidades, solución a las quejas, seguimiento del tratamiento brindado, tiempo de respuesta de resultados de laboratorio, confianza en la atención médica, eficiencia de los médicos y nivel de calidad percibida.

- El ciclo de mejora continua y círculos de la calidad

La idea de la mejora continua fue una novedad introducida en los servicios de salud, apenas en los años ochentas para promover la calidad como una preocupación básica de todos los integrantes de la organización, en todos sus niveles jerárquicos. (Amarilla, 2012: 8).

Los procesos de mejora implican la organización lógica de personas, materiales, energía equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñados para generar un resultado específico que permita incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población. Los objetivos de la mejora de los procesos son: mejorar la eficacia de los procesos para conseguir los resultados deseados,

mejorar la eficiencia de los procesos, minimizando los recursos empleados y valorar los procesos adaptables a las necesidades de los usuarios y de la organización. De hecho, no se puede mejorar de forma sostenida un proceso que previamente no haya sido consultado y no se puede controlar un proceso que no sea conocido.

Entonces, para mejorar un proceso, primero hay que hacerlo ocurrir. Posteriormente se define la forma de ejecutar el proceso, se ejecutan las actividades, se comprueba que se esté desarrollando como estaba previsto, y se garantiza que la próxima repetición del proceso sea desarrollado según las instituciones. (Amarilla, 2012: 8). El ciclo de actividades garantiza que hay una forma definida y estabilizada de hacer las cosas y que efectivamente el proceso se ajusta a esta “forma estabilizada”.

De hecho, cuando a pesar de realizar correctamente las actividades definidas para el proceso, sigue habiendo problemas (quejas de los usuarios, despilfarro y desuso de recursos) o el proceso no llega a adaptarse a lo que necesita el cliente, es necesario aplicar el ciclo de mejora. Este ciclo detectará las fallas y cambiará las formas que deberán reflejarse en una mejora también de los indicadores del proceso. Desde luego, para realizar todas las actividades de mejora, se requiere un equipo de trabajo para la mejora.

Los equipos de mejora son equipos de profesionales afectados por un mismo problema y que buscan mejorar o solventar la situación problemática institucional. Se forman de manera voluntaria para trabajar juntos durante un periodo de tiempo determinado. Los círculos de calidad son también grupos de personas de la organización que voluntariamente y durante largos periodos de tiempo, trabajan conjuntamente durante unas horas semanales para mejorar y perfeccionar los procesos de trabajo. Habitualmente sus actividades incluyen detectar problemas, analizarlos, proponer soluciones y llevarlas a la práctica. Los círculos de calidad se forman con la idea de perdurar en el tiempo.

Los usuarios que cuestionan severamente los servicios institucionales, con frecuencia se van a los servicios privados, no obstante ser derechohabientes. Esto significa que los usuarios que tienen menor cultura e información también

incrementan su nivel de exigencia y demandan calidad en el servicio otorgado. Es común, entonces, que los pacientes se quejen del servicio recibido o que los familiares soliciten mayor atención para cubrir las necesidades prioritarias de sus enfermos. Cuando esto sucede para la organización hospitalaria, son signos de alarma que evidencian problemas en la calidad de la atención que deben ser corregidos inmediatamente.

Por lo anterior, es necesario que el nivel personal en general reporte las quejas e inconformidades de los pacientes para conocer los puntos débiles de la atención a los usuarios. Así, en la medida en que se reorganizan las pautas para corregir las desviaciones y errores en esa medida, se corregirán también los aspectos vulnerables de la atención proporcionada.

Finalmente, la satisfacción de los usuarios vista como un indicador de la dimensión de resultados, es un instrumento valiosísimo de la dimensión de estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización) y de la dimensión de proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) que permite tener una percepción general de calidad de la atención brindada.

APENDICE No. 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA
Y DE HOSPITALES

CUESTIONARIO PARA APLICAR A LOS USUARIOS

SERVICIO: _____ No. DE CUESTIONARIO: _____

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar datos, por lo tanto se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones:

- Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
- Marque con una X una opción de respuesta de cada pregunta, ya que si se contestan dos opciones se invalida la respuesta.
- Todo lo recabado es estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que den a este cuestionario y si se desea conocer los resultados estarán a su disposición al terminar la investigación.

DATOS GENERALES

1. ¿CUÁL ES SU EDAD?

1. Tengo menos de 20 años.
 2. Tengo entre 21 y 30 años.
 3. Tengo entre 31 y 40 años.
 4. Tengo más de 41 años.
 5. Sin respuesta.

2. ¿CUÁL ES SU SEXO?

1. Masculino.
 2. Femenino.
 3. Sin respuesta.

3. ¿CUÁL ES SU SERVICIO?

1. Cirugías.
 2. Gineco Obstetricia.
 3. Medicina Interna.
 4. Clínicas. Cuál? _____
 5. Sin respuesta.

4. ¿CUÁL ES EL TURNO PARA RECIBIR ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL?

1. Matutino.
 2. Vespertino.
 3. Nocturno.
 4. Especial de sábados, domingos y días festivos.
 5. Otro.
 6. Sin respuesta.

DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA

5. ¿COMO CONSIDERA USTED LA ORIENTACIÓN QUE LE DAN LOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL?

1. La orientación que dan los médicos es excelente. Ellos me explican a mi y al familiar todo lo relacionado con mi tratamiento y la evolución médica del mismo.
 2. La orientación que dan los médico es buena. Se ve que se interesan por mi padecimiento y recuperación.

- 3. A veces creo que la orientación que dan los médicos es buena, pero también creo que a veces les falta darnos más orientación.
- 4. La orientación es pésima. Aquí los médicos no orientan ni explican nada a los pacientes. Esto nos crea mucha angustia e incertidumbre.
- 5. Sin respuesta.

6. ¿EXISTE SUFICIENTE CANTIDAD DE PERSONAL MÉDICO PARA EL TRABAJO DEL SERVICIO?

- 1. Sí, aquí siempre hay suficiente cantidad de personal médico para la atención.
- 2. Sí, la mayoría de las veces se cuenta con el suficiente personal médico en la atención.
- 3. Sí, a veces si hay personal médico, pero otras veces, falta este personal especialmente los días festivos y los fines de semana.
- 4. Aquí nunca hay suficiente cantidad de personal médico. Siempre falta mucha gente para el trabajo y esto hace que disminuya la calidad de la atención.
- 5. Sin respuesta.

7. ¿EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO EN EL SERVICIO?

- 1. Sí, aquí siempre he observado que existe suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de los médicos y del personal.
- 2. Sí, aquí la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de los médicos y del personal.
- 3. A veces falta material y equipo y se debe solicitar a los familiares.
- 4. Aquí nunca hay material y equipo y esto causa gran problema diariamente en el trabajo de los médicos y del personal.
- 5. Sin respuesta.

8. ¿COMO CONSIDERA USTED LA CANTIDAD DE PACIENTES QUE ATIENEN LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL?

- 1. La cantidad de pacientes atendidos por el médico es excelente, ya que esto permite que el médico les de el tiempo necesario a los pacientes, platique con nosotros del padecimiento y puede tener un seguimiento y evolución en el tratamiento.
- 2. Creo que la cantidad de pacientes atendidos es buena, ya que nos explican como va nuestro tratamiento.
- 3. Considero que es regular, veo que los médicos se tardan en la atención que nos proporcionan y esto hace que estemos esperando.
- 4. Malísima, porque hay exceso de pacientes para un solo médico. Esto ocasiona que tengamos que esperar muchísimo. Nos desespera y nos aburre.
- 5. Sin respuesta.

9. ¿COMO CONSIDERA USTED EL NÚMERO DE CAMAS QUE TIENE EL HOSPITAL PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES?

- 1. Considero que el número de camas es excelente, todos podemos tener acceso al hospital.
- 2. Considero que el número de camas es bueno porque hay posibilidades de ser atendido.
- 3. Aquí en el hospital a veces hay camas, pero otras veces no hay y esto enlentece el acceso a la atención.
- 4. Definitivamente el número de camas es pésimo. Somos muchísimos pacientes para tan solo 120 camas. Hubieran pensado mejor en incrementar las camas para que todos tuvieran mejor atención.
- 5. Sin respuesta.

10. ¿EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO?

- 1. Sí, aquí siempre hay suficiente dotación de medicamentos, con lo que es posible realizar los tratamientos sin problema.
- 2. Sí, aquí la mayoría de las veces si hay medicamentos que se requieren para la atención.
- 3. A veces, si hay medicamentos, pero otras veces, falta la dotación mínima necesaria.
- 4. No, aquí nunca hay suficiente dotación de medicamentos. Cuando no hay, se solicita a los familiares para que los traigan.
- 5. Sin respuesta.

11. ¿EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE ROPA EN EL SERVICIO?

- 1. Sí, aquí siempre hay suficiente dotación de ropa para los cambios que se necesitan.
- 2. Si, aquí la mayoría de las veces sí contamos con la suficiente cantidad de ropa para los cambios que se necesiten.
- 3. A veces si hay ropa, pero otras veces, no nos cambian porque no hay ropa.
- 4. No, aquí nunca hay la ropa necesaria para los cambios. El personal médico se preocupa porque la tienen que traer de otros servicios.
- 5. Sin respuesta.

12. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS MÉDICOS ESTÁN CAPACITADOS?

- 1. Sí, aquí todo el personal médico está preparado y brinda la más alta calidad de atención.
- 2. Sí, aquí el personal médico se observa que está preparado.
- 3. A veces el personal médico creo que está preparado pero creo que otras veces, les falta preparación.

- _____ 4. No, aquí al personal médico le falta capacitación y preparación en las técnicas y procedimientos para brindar la calidad de atención necesaria.
- _____ 5. Sin respuesta.

13. ¿COMO ES EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO ELECTRÓNICO DEL SERVICIO?

- _____ 1. El funcionamiento del equipo es excelente. Siempre están funcionando cuando se requiere.
- _____ 2. El funcionamiento es bueno. La mayoría de las veces me he dado cuenta que los aparatos funcionan sin problema.
- _____ 3. El funcionamiento es regular, me he dado cuenta que a veces fallan los aparatos y otras veces funcionan bien.
- _____ 4. El funcionamiento del equipo es pésimo, porque me he percatado que siempre fallan, causando problemas en la atención.
- _____ 5. Sin respuesta.

14. ¿COMO CONSIDERA USTED QUE ES LA DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LOS ESPACIOS EN EL SERVICIO?

- _____ 1. La distribución es excelente. Los espacios son amplios, lo que permite que se pueda transitar libremente y se nos atienda bien.
- _____ 2. La distribución es buena. Los espacios son amplios y se puede transitar.
- _____ 3. La distribución es regular. Los espacios son reducidos y esto dificulta que se pueda transitar rápida y libremente.
- _____ 4. La distribución es pésima. Los espacios son tan reducidos que impide el libre tránsito. Continuamente nos tropezamos con el mobiliario y equipo del Hospital.
- _____ 5. Sin respuesta.

15. ¿COMO SON LOS ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS PACIENTES EN EL SERVICIO?

- _____ 1. Los alimentos verdaderamente son de excelente calidad y cantidad, tienen un sabor exquisito y son de gran variedad.
- _____ 2. Son de muy buena calidad y variedad. Realmente se apetece consumirlos.
- _____ 3. A veces la calidad es buena, pero otras veces, no varían los alimentos y comemos lo mismo.
- _____ 4. Son de muy mala calidad. No se apetece los alimentos porque no tienen sabor, ni sal. Además siempre dan la comida fría.
- _____ 5. Sin respuesta.

16. ¿CREE USTED QUE LOS MÉDICOS CUMPLEN CABALMENTE CON SUS ACTIVIDADES TÉCNICAS?

- _____ 1. Sí, yo creo que el personal médico si cumple cabalmente con todas las actividades encomendadas en la atención.

- 2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces los médicos, si cumplen con las actividades.
- 3. A veces si existe el cumplimiento de las actividades, pero otras veces, no lo hacen por diversas causas.
- 4. No, yo no creo que los médicos cumplan con sus actividades. Siempre dejan pendientes muchos casos en perjuicio de los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

17. ¿RECIBEN DE LOS MÉDICOS DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS PARA SUS TRATAMIENTOS?

- 1. Sí, aquí sí recibimos de los médicos los diagnósticos oportunos y gracias a ellos, nos atienden rápidamente.
- 2. Sí, la mayoría de las veces sí recibimos diagnósticos oportunos de los médicos lo que ayuda mucho en el propio restablecimiento.
- 3. A veces como que observamos que los diagnósticos tardan en darse aunque otras veces, son rápidos.
- 4. No, aquí nunca se reciben diagnósticos oportunos de los padecimientos de ningún médico y esto retrasa en mucho la atención.
- 5. Sin respuesta.

18. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS TRATAMIENTOS QUE DAN LOS MÉDICOS SON LOS ADECUADOS?

- 1. Sí, los tratamientos que dan los médicos sí son los adecuados y esto permite una pronta recuperación.
- 2. Sí, yo creo que los tratamientos de los médicos son los adecuados y se obtienen buenos resultados.
- 3. A veces los tratamientos de los médicos sí son los adecuados, pero otras veces no lo son y esto retrasa la recuperación.
- 4. Yo creo que el retraso en la recuperación se debe a que no se reciben tratamientos adecuados. Lo sabemos y también los familiares.
- 5. Sin respuesta.

19. ¿COMO ES LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE?

- 1. La relación es excelente. Existe comunicación y respeto en el trato.
- 2. La relación es buena. Hay respeto y buen trato.
- 3. La relación es regular. Hay distanciamiento entre el personal y nosotros.
- 4. La relación es pésima. Casi no hay comunicación entre el personal médico y nosotros.
- 5. Sin respuesta.

20. ¿COMO ES LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS PARA LOS PACIENTES?

- 1. La comunicación es excelente. Todo el tiempo, esta el personal médico está informando los avances en la recuperación.
- 2. La comunicación es buena. Los médicos sí nos informan a los pacientes todas aquellas cuestiones relacionadas con los tratamientos.
- 3. A veces los médicos sí informan y se comunican con los pacientes, pero otras veces, esto nos sucede por exceso de trabajo.
- 4. La comunicación es pésima. Aquí nunca los médicos informan nada a los pacientes. Hay una carencia total de información.
- 5. Sin respuesta.

21. ¿EXISTE CALIDEZ EN LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS?

- 1. Sí, el personal médico es muy cálido en su trato con nosotros.
- 2. Sí, la mayoría de las veces el personal médico si es cálido en su trato para con nosotros.
- 3. A veces el personal médico es cálido, pero otras veces, no lo es, y esto repercute en el trabajo con nosotros.
- 4. Aquí no hay calidez en la atención médica para con nosotros. Esto se debe a que el personal médico está sumamente ocupado y no interactúa con nosotros.
- 5. Sin respuesta.

22. ¿EXISTE TRATO HUMANO DEL PERSONAL MÉDICO HACIA USTED?

- 1. Sí, aquí el trato humano del personal médico es excelente.
- 2. Sí, aquí hay trato humano de parte de los médicos y eso hace que nos sintamos bien.
- 3. A veces si hay trato humano, pero otras veces, como que el trato resulta inhumano.
- 4. No, aquí no hay trato humano a los pacientes. De hecho, se nos trata muy mal y por eso los familiares y nosotros nos quejamos.
- 5. Sin respuesta.

23. ¿EXISTEN MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES?

- 1. Sí, aquí en el servicio siempre ha habido las medidas de seguridad que permite pensar que estemos protegidos por los médicos.
- 2. Sí, aquí la mayoría de las veces sí existen medidas de seguridad por parte de los médicos.
- 3. A veces si hay medidas de seguridad, pero otras veces, hay mucha inseguridad.
- 4. No, aquí nunca ha habido medidas de seguridad para los pacientes del Hospital. Esto significa que estamos en continuo riesgo y las medidas no hacen nada.
- 5. Sin respuesta.

24. ¿TERMINA EL PERSONAL MÉDICO CON TODOS LOS DETALLES EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES?

- 1. Sí, los médicos siempre culminan la atención de los pacientes, incluyendo los más mínimos detalles.
- 2. Sí, los médicos se organizan para cumplir cabalmente con su trabajo, incluyendo los detalles.
- 3. A veces creo que los médicos dejan asuntos pendientes para que otros turnos los terminen.
- 4. Creo que siempre se quedan asuntos pendientes que dejan los médicos y no se cumple con el trabajo del turno.
- 5. Sin respuesta.

25. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS MÉDICOS DOMINAN LAS TÉCNICAS?

- 1. Sí, yo creo que el personal médico tiene un excelente dominio de las técnicas y procedimientos para brindar calidad de atención.
- 2. Sí los médicos dominan las técnicas y procedimientos que desarrollan en el trabajo.
- 3. A veces como que el personal médico si dominan las técnicas, pero otras veces, parece que tuvieran dudas e inseguridad.
- 4. No, el personal médico nunca domina las técnicas porque les falta capacitación y adiestramiento en su trabajo. Esto se nota.
- 5. Sin respuesta.

26. ¿CUÁL ES EL PROMEDIO DE DÍAS EN EL QUE REGULARMENTE ESTÁ EN EL SERVICIO?

- 1. El promedio de estancia es entre 3 a 5 días. Mi recuperación es rápida.
- 2. El promedio de estancia es entre 6 a 10 días.
- 3. El promedio de estancia es entre 11 a 14 días.
- 4. Siempre más de 14 días en el Hospital. Mi recuperación es muy lenta y esto se lo debo a la nula atención médica.
- 5. Sin respuesta.

DE RESULTADOS

27. ¿CONSIDERA USTED QUE EXISTEN ENFERMEDADES CAUSADAS POR ERRORES MÉDICOS EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO?

- 1. No, aquí no hay ninguna enfermedad causada por un error médico o Enfermería.
- 2. Estamos satisfechos con la atención otorgada ya que no observamos errores por parte de los médicos.
- 3. A veces cuando hay descuidos, si existen errores.

- 4. Sí, aquí ha habido errores causados por médicos y esto perjudica mucho a los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

28. ¿CONSIDERA USTED QUE EXISTEN ALTAS VOLUNTARIAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO?

- 1. No, aquí en el hospital las altas se dan cuando estamos ya recuperados y satisfechos de la atención recibida.
- 2. No, es muy raro que solicitemos altas voluntarias, porque la mayoría de las veces, sí estamos satisfechos con la atención recibida.
- 3. A veces si hay altas voluntarias. Esto se debe a que no encontramos en el Hospital la atención que requerimos.
- 4. Sí, las altas voluntarias son muy frecuentes en el Hospital y esto es causado porque no encontramos satisfechas nuestras necesidades de atención médica.
- 5. Sin respuesta.

29. ¿CREE USTED QUE EL PERSONAL MÉDICO RESPETA A LOS PACIENTES Y FAMILIARES?

- 1. Sí, el personal médico siempre nos respeta llamándonos por el nombre y esto es algo que nos agrada.
- 2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal médico si nos respeta.
- 3. A veces el personal médico nos respeta, pero otras veces no es así.
- 4. No, aquí el personal médico no respeta a ningún paciente. De hecho, nos trata muy mal.
- 5. Sin respuesta.

30. ¿QUÉ TAN RÁPIDA ES LA ATENCIÓN MÉDICA A LOS PACIENTES?

- 1. Es muy rápida. De hecho, cuando llamamos al médico nos atiende muy rápido.
- 2. Es una atención rápida los médicos la mayoría de las veces, acuden con prontitud.
- 3. A veces es rápida, pero otras veces, por exceso de trabajo, los médicos ya no lo es tanto
- 4. La atención, es sumamente lenta, ya que nunca recibimos una respuesta rápida de ellos.
- 5. Sin respuesta.

31. ¿ESTÁ USTED SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE LOS MÉDICOS LES PROPORCIONAN?

- 1. Sí, estoy muy satisfecho con la atención que los médicos proporcionan. Por ello, me siento bien durante mi estancia en el servicio.

- 2. Sí, estoy satisfecho con la atención proporcionada por el personal médico de este servicio.
- 3. A veces quedo satisfecho, pero otras veces, estoy muy insatisfecho.
- 4. Estoy siempre insatisfecho con la atención médica.
- 5. Sin respuesta.

32. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS MÉDICOS LE DAN SOLUCIÓN A LAS QUEJAS?

- 1. Sí, por supuesto. Siempre que hay una queja, los médicos le dan una rápida solución. Se nota que a ellos les interesa nuestra mejoría.
- 2. Sí, yo creo que si le dan solución a las quejas.
- 3. A veces creo que los médicos si le dan solución pero es tan lento el proceso de solución que nosotros no vemos como las cosas se mejoran
- 4. Aquí no se soluciona nada. Estamos detrás de los médicos constantemente y siempre son los mismos problemas. Es mejor ya no venir aquí.
- 5. Sin respuesta.

33. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS MÉDICOS LE DAN SEGUIMIENTO A SU TRATAMIENTO?

- 1. Sí, por supuesto. Los médicos están muy interesados en nosotros. Y esto permite dar seguimiento de nuestra salud para no volver a venir.
- 2. Sí, si hay un seguimiento de los tratamientos por parte de los médicos.
- 3. A veces creo que hay seguimiento, pero otras veces creo que este seguimiento no existe porque los médicos se olvidan de nosotros cuando nos dan de alta.
- 4. Aquí no hay seguimiento de nada. Nos atienden de mala gana y nos dan de alta, de tal forma que nunca jamás saben de nosotros.
- 5. Sin respuesta.

34. ¿COMO CONSIDERA USTED EL TIEMPO DE RESPUESTA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO?

- 1. El tiempo es excelente. Nos dan los resultados de forma inmediata, para acudir con el médico y buscar el tratamiento.
- 2. El tiempo de respuesta es bueno, porque aunque los resultados a veces tardan, la mejoría del tiempo los tenemos nosotros para nuestro tratamiento.
- 3. A veces hay resultados de laboratorio, pero otras veces tenemos que esperar mucho tiempo para que lleguen, y esto retrasa nuestra atención.
- 4. El tiempo es muy tardado. Puedo decirle que los resultados nunca llegan y tengo que estar esperando hasta varios turnos para que los resultados lleguen al médico.
- 5. Sin respuesta.

35. ¿CONSIDERA QUE LOS PACIENTES CONFÍAN EN LA ATENCIÓN QUE PROPORCIONAN?

- 1. Sí, creo que los pacientes siempre confían en la atención que los médicos proporcionan.
- 2. Sí, generalmente los pacientes confían en la atención que el personal médico proporciona.
- 3. Ocasionalmente los pacientes confían en el personal médico y en sus tratamientos.
- 4. Los pacientes nunca confían en la atención que los médicos proporcionan.
- 5. Sin respuesta.

36. ¿CREE USTED QUE LOS MÉDICOS SON EFICIENTES EN EL SERVICIO?

- 1. Sí, creo que los médicos del Hospital demuestran su eficiencia en todas las actividades que desarrollan.
- 2. Sí, los médicos tratan siempre de demostrar la eficiencia de su trabajo.
- 3. A veces, por exceso de trabajo los médicos de este hospital parecen ineficientes.
- 4. No, yo creo que los médicos no son eficientes en el desarrollo de sus actividades.
- 5. Sin respuesta.

37. ¿CÓMO CREE USTED QUE ES LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS MÉDICOS A LOS PACIENTES?

- 1. Excelente.
- 2. Buena.
- 3. Regular.
- 4. Pésima.
- 5. Sin respuesta.