



Facultad de Medicina UNAM

División Estudios de Posgrado

Subdivisión de Especializaciones Médicas

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Morelia
Hospital Regional No. 1**

**Satisfacción de los pacientes atendidos en Servicio de Urgencias del
Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

DR. FRANCISCO FLORES OROZCO

Con la asesoría de:

DR. JOEL NICOLÁS MARTÍNEZ CRUZ

DRA. ANEL GÓMEZ GARCÍA

Facultad de Medicina



MORELIA, MICHOACÁN

MAYO, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen	.....	7
Abstract	.....	9
Marco Teórico	.....	11
Justificación	.....	22
Planteamiento del problema	.....	23
Objetivos	.....	25
➤ Hipótesis	.....	26
Material y Métodos	.....	27
➤ Variables	.....	29
➤ Metodología de la investigación	.....	34
➤ Análisis Estadístico	.....	36
➤ Recursos	.....	37
Cronograma de actividades	.....	38
Aspectos Éticos	.....	39
Resultados	.....	41
Discusión	.....	66
Conclusiones	.....	70
Bibliografía	.....	73
Anexos	.....	79

FIGURAS Y TABLAS

- FIGURA 1 Distribución de la Urgencia Real y Sentida.
- FIGURA 2 Distribución por sexo de la Urgencia Real y Sentida.
- FIGURA 3 Porcentaje de la Urgencia acorde a clasificación TRIAGE.
- FIGURA 4 Distribución de la Urgencia real y sentida acorde a clasificación inicial por TRIAGE.
- FIGURA 5 Distribución de la escolaridad.
- FIGURA 6 Destino de los pacientes.
- FIGURA 7 Destino posterior a la atención acorde a clasificación de la Urgencia real y sentida.
- FIGURA 8 Contingencia de las urgencias por turno.
- FIGURA 9 Contingencia de las urgencias por escolaridad.
- FIGURA 10 Satisfacción percibida a la atención.
- FIGURA 11 Satisfacción percibida a la atención acorde a clasificación de la Urgencia real y sentida.
- FIGURA 12 Frecuencia del tiempo que tardó el paciente en pasar de urgencias a cama de hospitalización.
- FIGURA 13 Contingencia de la satisfacción en relación sobre el estado de salud o padecimiento.
- FIGURA 14 Frecuencia en relación explicación del estado de salud o padecimiento.
- FIGURA 15 Frecuencia sobre la claridad explicación del estado de salud o padecimiento.
- FIGURA 16 Frecuencia si brindaron información a sus familiares acerca del estado de salud o padecimiento.
- FIGURA 17 Frecuencia sobre el trato recibido en urgencias.
- FIGURA 18 Frecuencia del porque no recomendaría esta unidad.

TABLA	0	Definición de las variables
TABLA	1	Contingencia estadísticos total-elemento
TABLA	2	Contingencia entre la atención recibida en el servicio de urgencias y el tiempo que paso para su atención
TABLA	3	Contingencia entre la atención recibida en el servicio de urgencias y el tiempo que esperó para su atención
TABLA	4	Contingencia entre la atención recibida en el servicio de urgencias y a qué atribuye esa espera
TABLA	5	Contingencia de la satisfacción con el reactivo ¿a qué servicio paso?
TABLA	6	Contingencia de la satisfacción con el reactivo ¿cuánto tiempo tardo en pasar de urgencias a cama de hospitalización?
TABLA	7	Contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo ¿El médico de urgencias le hizo preguntas sobre su estado de salud o padecimiento?
TABLA	8	Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo ¿El médico de urgencias le dio una explicación de su estado de salud o padecimiento?
TABLA	9	Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo ¿Qué tan clara o confusa fue la explicación del médico de urgencias?
TABLA	10	Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo Durante su estancia en este servicio, ¿le brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud o no?
TABLA	11	Contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo En la visita del día de hoy a esta unidad, ¿Usted recibió buen trato, o no?
TABLA	12	Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo Por qué no recomendaría a esta unidad?

“Hoy es el mañana de ayer”

Las cosas más preciadas de la vida no se pueden construir con la mano ni se pueden comprar con dinero. Sólo se puede encontrar en los momentos. El momento llegó, fue una elección difícil pues implicó perder momentos únicos con mi esposa e hijos quienes me apoyaron incondicionalmente; una meta es un sueño con una fecha concreta para convertirse en realidad gracias por creer en mí y ayudarme a que mis sueños se hagan realidad, nuevamente cierro un capítulo importante en mi vida profesional..... **“Meta alcanzada”**

AGRADECIMIENTOS

Estar aquí, en este momento de mi vida ha sido por la perseverancia no precisamente de mi persona sino de tantas aquellas que han compartido mi vida, a quienes debo mucho más de lo que he logrado y por tanto agradezco de todo corazón su presencia y apoyo en cada paso de mi vida.

A ti **Yuleth**, quien eres el amor de mi vida, por estos últimos tres años en los que me has dado todo, quien me levantaba cuando me caía, quien estuvo en mis noches de angustia, en mis alegrías, eres mi impulso, mi energía, mi todo, gracias mi amor.

A **mis hijos** porque aunque tal vez ahora no lo entiendan, ellos fueron el impulso más grande que tuve para no darme nunca por vencido.

A mis padres **Ana María y Rafael** por ser siempre un ejemplo de superación, por que sin ellos simplemente nunca hubiera tenido el aliento del ser que late en mí y porque no obstante haberme hecho ese regalo tan valioso, me dieron mucho más, todo su amor, apoyo y comprensión.

A mi profesor titular de la especialidad Dr. Carlos E. Añorve Gallardo, por el ánimo y la confianza que puso en cada uno de nosotros de una u otra manera.

A mis profesores, Dr. Martínez, Dr. Cortes, Dr. Santos, Dra. García, Dr. Julio Martínez, Dr. Kinday, Dr. De la Torre, Dr. Morales, Dra. Anel y a todos aquellos médicos de urgencias que tuvieron la paciencia y el interés de enseñarme medicina y muchas cosas más, por tratar de llevarme a ser modelo de especialista.

A mis amigos y a los que no lo fueron tanto, porque de cada uno de ellos aprendí muchas cosas y crecí como ser humano y como medico en este camino conocido como residencia y voluntaria o involuntariamente cada uno de ellos me regalo momentos de alegría, aliento y fuerza, conocimientos y experiencias invaluablees.

TÍTULO:

**“Satisfacción de los pacientes atendidos en Servicio de Urgencias del
Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán”**

Flores O, Martínez C, Gómez A.

RESUMEN

TITULO.- Satisfacción de los pacientes atendidos en Servicio de Urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán.

OBJETIVO.- Determinar la satisfacción y analizar los factores que puedan influir en la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán.

INTRODUCCIÓN.- En los servicios de urgencias del Instituto Mexicano del Seguro Social debido al crecimiento poblacional, la solicitud de atención médica ha aumentado lo que causa: desequilibrio entre la demanda y los recursos humanos y materiales existentes, aumentando el tiempo de espera para la atención médica, lo que condiciona insatisfacción, el agravamiento del estado clínico del paciente y empeorar el pronóstico de este. Se realizó el presente trabajo con el cual partimos por conocer la satisfacción y analizar los factores que puedan influir en la percepción de la atención recibida por los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán.

MATERIAL Y MÉTODOS.- Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, observacional y transversal en el servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7 con sede en La Piedad, Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se capturaron los pacientes que acudieron al servicio de urgencias en búsqueda de atención médica se les realizó una serie de preguntas relacionadas con la satisfacción de los pacientes tomada de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del IMSS.

La base de datos se analizó mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0.

RESULTADOS.- Se estudiaron a 350 pacientes. La edad promedio de los pacientes fue de 49.56 ± 20.94 años, 213 (60.9%) del sexo femenino y 137 (39.1%) del sexo masculino. Los resultados obtenidos respecto a la satisfacción por la atención médica otorgada de los pacientes muestran una satisfacción muy

buena en el 40.6 % (n=142) predominando las urgencias reales (n=72), satisfacción buena en el 47.7%(n=167) de las cuales la mayoría fueron urgencias sentidas n=(101) y una satisfacción muy mala en el 0.9% (n=3).

CONCLUSIÓN.- En el presente estudio podemos establecer que: Se debe conformar en el servicio de urgencias, un sistema de Triage efectivo como programa específico, la detección intencionada de las complicaciones que acuden a solicitar atención para el diagnóstico y tratamiento oportunos, contribuyendo a disminuir los tiempos prolongados de espera y los gastos propios que generan la estancia en el servicio de urgencias del paciente por los tratamientos requeridos.

Palabras claves: Satisfacción, eficacia, correlación.

SUMMARY

TITLE.- Satisfaction of the patients treated in hospital emergency department General Sub-zone 7 IMSS; La Piedad, Michoacan.

OBJECTIVE.- To determine the satisfaction and analyze factors that might influence the perception of the quality of care received by users who come to the emergency department of the Hospital General Sub-zone 7 IMSS; La Piedad, Michoacan.

INTRODUCTION. - In the emergency services of the Mexican Institute of Social Insurance, due to population growth, the request for medical care has increased which causes: imbalance between the demand and the existing human and material resources, increasing the waiting time for the medical care, which makes us dissatisfaction, the worsening of the patient's clinical condition and worsen the prognosis of this. We carried out the present work with which we assume to know the satisfaction and analyze factors that might influence the perception of the care received by patients who come to the emergency department of the Hospital General Sub-zone 7 IMSS; La Piedad, Michoacan.

MATERIAL AND METHODS.- A descriptive, comparative, observational and cross in the emergency department of the Hospital General de Sub-area No. 7 With headquarters in La Piedad, Michoacan, the Instituto Mexicano del Seguro Social. It captured the patients that came to the emergency room in search of medical attention, they were carried out a series of questions relating to the satisfaction of the patients taken from the National Survey of satisfaction of successors Users Medical Units for first level of care of the IMSS. The database were analyzed using the statistical program SPSS, version 18.0 .

RESULTS. - Were studied in 350 patients. The average age of the patients was 49.56 ± 20.94) years, 213 (60.9 %) female and 137 (39.1 %) of the male sex. The results obtained with regard to the satisfaction with the medical care given to patients show an satisfaction very good in the 40.6 % (n= 142) dominate the real emergencies (n= 72), good satisfaction in the 47.7 % (n= 167) of which the majority were emergency heartfelt n= (101) and a satisfaction very bad in the 0.9 % (n= 3).

CONCLUSION. - In the present study, we establish that: must conform to the emergency department, a system of Triage cash as a specific program, the detection of the intentional complications who seek for attention for the early diagnosis and treatment, helping to decrease the prolonged times of expected costs and own that generate the stay in the emergency service of the patient by the required treatments.

Key Words: satisfaction, effectiveness, correlation.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud. ⁽¹⁾

Los servicios de urgencias hospitalarios, a pesar de las características que los diferencian claramente de otros niveles y servicios asistenciales, no deben escapar a las técnicas de evaluación y control de calidad. La atención en urgencias se encuentra sometida a una evaluación y crítica continuas, probablemente más que en otras especialidades de la medicina, tanto por parte de los usuarios como por parte de los médicos que continuarán la asistencia del paciente, una vez éste ha pasado por el servicio de urgencias.

Sus profesionales se hallan, con frecuencia, con la sensación de estar en una especie de “escaparate” donde son observados. Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de programas de evaluación de la calidad de la asistencia que se hace en estos servicios ⁽²⁾.

Todos los profesionales de los servicios de urgencias están involucrados en mayor o menor grado en la mejora de la calidad, ya que si la calidad técnica de la asistencia es esencial, también lo son, y no en menor grado, otros aspectos que influyen de forma muy decisiva en la calidad que percibirá el paciente y sus acompañantes, como son transmitir la sensación de que pueden estar seguros de que la organización funciona, que el trato personal es adecuado y que la información se ofrecen cada momento del proceso asistencial.

La evaluación de la calidad de la atención médica ⁽³⁾

Para estar en condiciones de normar sobre la calidad de la atención médica se debe tomar en cuenta que para el paciente es importante una atención médica de calidad sin embargo surge la pregunta ¿qué es lo que el paciente considera como una atención médica de calidad? Preguntémosle. A partir de ahí podríamos decidir qué es lo que necesitamos evaluar y hasta dónde queremos llegar, teniendo en cuenta en primer término las prioridades del paciente. Se ha determinado que para el paciente las prioridades son recibir atención con oportunidad, ver satisfechas sus necesidades de salud, recibir un trato digno, amable y respetuoso; personal suficiente y preparado para otorgar la atención que requiere, con seguridad, que se disponga de los recursos suficientes para lograrla y que la atención se otorgue en un ambiente adecuado.

ANTECEDENTES

La evaluación de la calidad de la atención médica se inició en México desde 1956, mediante la revisión del expediente clínico. Donabedian en 1984 introdujo la teoría de sistemas que evalúa estructura, proceso y resultados, adoptada como base en el IMSS para desarrollar el Sistema de Evaluación Integral y Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica, a través de la identificación y solución de los problemas que la afectan y la reingeniería de los procesos ineficientes o con baja calidad ⁽⁴⁾. La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, la European Foundation for Quality Management (EFQM) y la International Society for Quality in Health Care (ISQua), utilizan una metodología similar en sus evaluaciones. El Sistema ISO (International Organization for Standardization) surgió en 1947, para asegurar y certificar la calidad de los procesos de producción y garantizar la calidad de los productos que generan. En las instituciones de salud el Sistema ISO es útil para certificar la estructura y la organización, e indica que están en condiciones de otorgar una atención de calidad, pero no garantiza que esto ocurra; por otra parte, una estructura y organización deficientes pueden ser causa de mala atención. Se concluye que ambos sistemas son complementarios, no excluyentes.

La evaluación de la calidad de la atención médica en nuestro país tiene una gran tradición, a partir de los trabajos de un grupo de médicos que desde 1956 estaban interesados en conocer las condiciones con que se atendía a los pacientes en el recientemente inaugurado Hospital de La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); continuando en 1962 la edición por el propio IMSS del documento Auditoría Médica,⁽⁵⁾ que fue adoptado por otras instituciones del Sector Salud y que en 1972 evolucionó hacia la Evaluación Médica,⁽⁶⁾ ambos documentos tenían como sustento la evaluación del expediente clínico, y en 1973 la formalización de su integración a través del documento El Expediente Clínico en la Atención Médica, en 1973.⁽⁷⁾ Con base en la Evaluación Médica⁽⁶⁾ se desarrolló un número importante de investigaciones por González Montesinos, Lee Ramos y su grupo, la mayoría de ellas tomando como punto de partida la evaluación del

expediente clínico.⁽⁸⁻⁹⁾ Como instancia responsable de la evaluación del expediente clínico a nivel de las unidades de atención médica, se desarrolló e implantó el Comité de Evaluación del Expediente Clínico, cuya importancia y utilidad como elemento fundamental para la evaluación de la calidad de la atención médica no ha sido superada. ⁽¹⁰⁾

Consecutivamente se desarrollaron los Comités de Mortalidad, de Tejidos, de Investigación, de Infecciones Intrahospitalarias y de Antimicrobianos, ⁽¹⁰⁾ de Ética Clínica, ⁽¹¹⁾ y otros que en cada unidad de atención médica se hubiera considerado necesarios para mantener y mejorar la calidad con que se atiende a los pacientes. Posteriormente se identificó la necesidad de una estructura coordinadora de todos estos comités y de asumir funciones nuevas, destinadas a mejorar continuamente la calidad de la atención, creándose así el Comité de Calidad de la Atención Médica. ⁽¹⁰⁾

A partir de los trabajos de Avedis Donabedian, desde 1981 ⁽¹²⁻¹³⁾ se inició la evaluación de la calidad de la atención médica, con base en la teoría de sistemas, mediante el análisis de la estructura disponible para otorgar la atención, el proceso mismo de la atención y sus resultados.

En 1983, en la Jefatura de Centros Médicos del IMSS se desarrollo el Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas, que incluye siete capítulos de evaluación: recursos físicos, personal, material de consumo, organización, proceso de la atención, sus resultados y la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios.⁽¹⁰⁻¹⁴⁻¹⁵⁾ Este Sistema ha sido aplicado con éxito en las unidades médicas de tercer nivel de atención del IMSS en diferentes periodos: 1983-1985, 1991-1994 y en 2003-2006 en forma de auto evaluación. ⁽¹⁶⁾

En 1983 se integró el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, coordinado por la Secretaría de Salud, mismo que en 1987 editó el documento Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud, cuyo contenido corresponde al Sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas, posteriormente publicado en la Revista Salud

Pública de México, ⁽¹⁷⁾ sin embargo, su aplicación no llegó a concretarse en forma generalizada.

En 1992, la European Foundation for Quality Management (EFQM) inició con el Sistema de Auto Evaluación Organizacional Integral, pretendiendo conocer el grado de excelencia de una organización, sistema que fue adoptado para la evaluación y asignación del Premio Europeo de Calidad.

Se trata de una evaluación integral y genérica, aplicable a cualquier servicio del hospital en forma integral, conforme a los preceptos de Donabedian. El Sistema incluye la estructura funcional, las funciones de la organización y las funciones centradas en el paciente; permite identificar y resolver problemas en forma participativa con los evaluados. ⁽¹⁸⁾ Este sistema guarda muchas similitudes con el Sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas, desarrollado y aplicado en México desde nueve años antes. ⁽¹⁰⁻¹⁴⁻¹⁵⁾

La International Society for Quality in Health Care (ISQua) en 1994 desarrolló el Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programmes for Health Care Accreditation), dirigido a la acreditación específica de instituciones de salud con la filosofía de mejora continua, tanto por auto evaluación como por evaluación externa. ⁽¹⁸⁾ Este sistema también guarda varias similitudes con el Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas del IMSS. ⁽¹⁰⁻¹⁴⁻¹⁵⁾

En Estados Unidos de Norteamérica, un conjunto de asociaciones y colegios médicos promovieron en 1951 la creación de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, con el propósito de determinar estándares cuyo cumplimiento a través de una evaluación externa permitiera asegurar específicamente una atención médica de calidad. En 1987, la denominación de esta Comisión cambió a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. Este sistema evalúa la estructura, se centra en los procesos y todavía con dificultad es aplicable en los resultados.

Inicialmente la Joint Commission se enfocaba exclusivamente al cumplimiento de requisitos estructurales, agregando después los estándares de proceso y de resultados de la atención médica, habiendo llegado a incorporar indicadores para evaluar la calidad, que incluyen aspectos éticos y la identificación de eventos centinela. ⁽¹⁸⁾ La Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica ha implantado la metodología similar al Sistema ISO como herramienta de evaluación y determinación de la certificación correspondiente, incorporando indicadores para la evaluación del proceso y de los resultados. ⁽¹⁹⁾ El Instituto Mexicano del Seguro Social, como parte de su Programa de Calidad, ha implantado y aplicado anualmente desde 1999 el “Premio IMSS de Calidad”, basado también en los preceptos de la calidad total y del Sistema ISO. Cabe considerar que es la Dirección de Administración y Calidad y no la Dirección de Prestaciones Médicas, la titular del Programa de Calidad y del Premio IMSS y responsable de su aplicación. ⁽²⁰⁾

Con el auge de los modelos industriales de estandarización (ISO), evaluación y mejora continua de la calidad y su aplicación en las instituciones de salud, se ha dejado de lado la evaluación y mejora continua de la calidad en el proceso de atención médica. Se ha privilegiado la evaluación de la estructura (instalaciones y recursos tecnológicos) y la estandarización y normalización de los procesos, mediante la elaboración de normas y manuales de procedimientos, su difusión y conocimiento por el personal, ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ sin tener en cuenta la calidad de la atención profesional y técnico-médica, el respeto a los principios éticos, la identificación de eventos adversos y la satisfacción de pacientes y prestadores de servicios.

Si aceptamos que la atención médica es un conjunto de elementos interrelacionados, dirigidos a promover y mejorar el estado de salud de un individuo o una población ⁽²¹⁾ y que la calidad de la misma consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de una manera que rinda el máximo de beneficio con el mínimo de riesgos, garantizar la calidad significa, entonces, asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención

médica sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio con el menor riesgo y costo ⁽²²⁾.

Donabedian⁽²³⁾, por su parte, menciona que la atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades) en el que se lleva a cabo el proceso de la atención; y que la exploración “empírica” de la experiencia de cada día, con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores, los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren, quizá sea una forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación inicial de los conceptos, en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad ⁽¹³⁾.

Por otro lado, Aguirre ⁽²⁴⁾ señala que conocer la calidad con que se otorga la atención médica, como primer paso para mejorar su prestación, es una necesidad inherente al acto médico mismo. También considera necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción de las expectativas del derechohabiente, de la institución y del trabajador mismo.

La definición operacional de la calidad de la atención médica fue: Obtener el máximo beneficio con el mínimo de riesgos, a través de la utilización adecuada del recurso y de la tecnología vigente, para lograr la satisfacción de las expectativas del paciente, del proveedor del servicio y de los directivos, en un marco de democracia, humanismo y equidad ⁽²⁵⁾.

Otros autores utilizan exclusivamente la satisfacción del paciente como una importante medida de la atención a la salud, pero enfocándose exclusivamente a resultados, o bien, problemas muy específicos, como tiempo de espera de la atención médica, tomando en cuenta no sólo la satisfacción del paciente, sino también la del prestador del servicio (Kurata ²⁶).

Estudios de investigadores mexicanos han utilizado la satisfacción del usuario, enfocándola principalmente en la relación interpersonal (Ruelas & Leat; Nájera ²⁷⁻²⁸) y otros incluyen a los prestadores del servicio (Ruelas & Querol; Aguirre ²⁴⁻²⁹).

Según la evidencia presentada por los distintos estudios, la calidad de la atención, medida en diferentes circunstancias, a través de los distintos indicadores de la atención a la salud, en distintas instituciones públicas y privadas y en distintos contextos, muestra deficiencias en grados variables, tanto en la dimensión técnica, como en la interpersonal, sobre todo cuando solo se mide a través de la satisfacción de los usuarios y del proveedor del servicio, por lo cual, se considera que, a pesar de los esfuerzos invertidos, aún quedan muchos espacios por explorar (Ruelas & Querol ²⁹).

Los servicios de urgencias son lugares muy especiales, en los que se producen situaciones de una complejidad no comparable a ningún otro contexto asistencial. Dado el elevado volumen de pacientes, se deben tomar decisiones con rapidez y un elevado grado de incertidumbre acerca de con qué prioridad deben ser atendidos, qué estudios diagnósticos deben realizarse, qué tratamiento y qué decisión final se adoptará con cada uno de ellos. Así mismo, la atención de cualquier problema urgente requiere una secuencia de actividades coordinadas de forma compleja entre diferentes tipos de profesionales, que deben producirse justo en el momento oportuno ⁽³⁰⁾.

Los médicos de urgencias se encuentran en una posición de máxima visibilidad y vulnerabilidad. No es suficiente la voluntad de trabajar «lo mejor posible y todo lo que pueda». No suele haber una segunda oportunidad. Sus decisiones son evaluadas tanto por los pacientes como por otros profesionales encargados de su seguimiento posterior. El riesgo de verse implicados en procesos judiciales por mala práctica médica es muy elevado.

Múltiples son las definiciones sobre calidad, hablar de lo bien hecho, el cumplimiento de las expectativas de los usuarios, la satisfacción del consumidor,

etc. La calidad de un servicio se mide no sólo por un factor, lo complejo de lograr la calidad en un servicio de salud es precisamente las múltiples variables que influyen para lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio ⁽³¹⁾.

Entre estos aspectos se encuentran por ejemplo la puntualidad del servicio, la oportunidad en la atención del paciente, la amabilidad del personal de salud y asistentes, la limpieza del lugar, la infraestructura ofrecida, la presentación del personal, el nivel del trato humano, la capacidad técnico médica, el nivel de información sobre la enfermedad, etc. Es decir, nuestros pacientes y familiares evalúan la calidad de un servicio de urgencias como un todo, si algo falla las expectativas de nuestros usuarios no son satisfechas y por lo tanto existirá la inconformidad.

En el trabajo cotidiano pensamos que estamos haciendo las cosas con calidad, que la mayoría de nuestros pacientes están satisfechos con el servicio y que los problemas que pudiesen presentarse en realidad no son importantes. Comparar nuestros sistemas actuales de salud en urgencias con otros países o aun entre los diferentes hospitales de la República Mexicana seguramente nos daría una visión más real de las cosas. La calidad está muy lejos de predominar en urgencias. Es una lástima que las miles de acciones bien realizadas para salvar vidas que se realizan en estos servicios se vean menospreciadas por los directivos y el personal mismo que trabaja en urgencias, pero lo más importante es que la sociedad no reconozca lo importante que es un servicio de urgencias y cuál es su utilidad. Quien ha estado en un servicio de urgencias recordará un sinnúmero de anécdotas en relación a las vivencias diarias, la sala de emergencias llena de pacientes, la mayoría con urgencias verdaderas, otros (no siempre los menos) sin necesidades reales de estancia. Esta sobresaturación de un servicio genera cargas de trabajo para los médicos y enfermeras que rebasan su capacidad en tiempo para su jornada de trabajo. El tiempo limitado por paciente genera que inconscientemente se pasen desapercibidos datos importantes al interrogatorio o tratamiento y la posibilidad de omisiones diagnósticas. El número de camillas por lo general es insuficiente para albergar tal demanda de pacientes, la incomodidad,

falta de intimidad del paciente y la insatisfacción son elementos frecuentes de muchos servicios de urgencias.

El enorme estrés que se vive en urgencias y la lentitud del proceso de atención puede ser algo realmente grave para el servicio de urgencias de un hospital debido a gran parte del personal que labora aún en la mayoría de los servicios de urgencias, médicos con poca capacidad resolutive (inexpertos en el manejo de urgencias), con especialidades poco afines a la emergencia ⁽³¹⁾, con poco interés de actualización y superación personal, etc.

La atención de un paciente con una urgencia menor puede prolongarse por varios minutos y poner en riesgo al paciente al no identificarse con oportunidad algún problema de salud que puede evolucionar a una situación realmente grave. Así podemos decir que varios de nuestros servicios de urgencias gozan de: sobresaturación de pacientes, incomodidades, falta de intimidad para el paciente, aumento en los tiempos de espera para ser atendidos, omisiones diagnóstico terapéuticas, mala relación médico paciente y estancias innecesarias en urgencias (estudios de laboratorio y gabinete no necesarios), además de mala o insuficiente información a familiares y pacientes.

Esta problemática no es exclusiva de México, la mayor parte de los países en América Latina comparten situaciones similares a la nuestra y aun los países desarrollados como Estados Unidos, Australia, Inglaterra tienen problemas de sobresaturación, mala utilización de los servicios de urgencias por urgencias menores o no reales, etc. ⁽³¹⁾ Pero esto no deberá ser un pretexto para no actuar, el especialista en medicina de urgencia debe demostrar su valía y su determinación por hacer que su especialidad tenga presencia en el cambio que se requiere en nuestros cientos de salas de urgencias.

Se define como urgencia médica real a todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata (concepto comentado en la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico NOM-206-SSA1-2002, como urgencia). Considera todo

padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y requiere de atención inmediata. Una urgencia médica sentida como todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa ⁽³²⁾.

Las acciones médicas son fundamentales para reducir ingresos innecesarios y disminuir el tiempo de estancia en urgencias. Por el número de médicos especialistas egresados y certificados actualmente en el país, es imposible que se pueda contar con el recurso humano especializado en urgencias.

El tiempo largo de espera de los familiares y sin información oportuna es más frecuente en la medicina institucional por la gran carga de trabajo que existe. Si realmente se quiere cambiar la calidad del servicio, se deberá dar información en el 100% de los casos. Ésta deberá ser real, objetiva, clara, entendible para el nivel de los familiares. Nunca decir lo que no le consta al médico, lo que no se sabe o lo que afectará negativamente al compañero médico. El derecho del paciente a la confidencialidad debe ser también respetado. Cuidado con lo que se dice y a quién se le dice. Se ha comprobado que la ausencia de información a familiares y pacientes es un gran factor de riesgo para el médico de urgencias.

JUSTIFICACIÓN

En los servicios de urgencias del IMSS debido al crecimiento poblacional, causa un desequilibrio entre la demanda de atención médica y los recursos humanos y materiales existentes, aumentando el tiempo de espera en los pacientes, lo que podría ser una de las causas que condiciona el agravamiento del estado clínico del paciente y empeorar el pronóstico de este.

Se realizó el presente trabajo con el cual partimos por conocer la satisfacción y analizamos algunos de los factores que podrían influir en la percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán siendo de relevante su realización debido al número poblacional que atiende esta unidad (59,968 derechohabientes), lo que ocasiona la gran demanda de atención médica que tiene esta unidad 55 consultas de urgencias diarias en promedio, dadas por su gran área de influencia; delegación Jalisco, municipios de Degollado, Ayotlan, delegación Michoacán, municipios de Yurecuaro, Buena Vista. Purepero La Piedad UMF 77.

Con los resultados de este trabajo, se pretende implementar estrategias para mejorar la atención médica y optimizar los recursos disponibles en la unidad de atención. Realizando una valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes en función de su grado de urgencia antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, con el objetivo de que los pacientes con urgencias reales y sentidas sean atendidos inmediatamente para mejorar su pronóstico de vida.

El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos y requerimientos para llevarlo a la práctica, utilizando materiales proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por el investigador. No requiere de autorización por escrito de familiares o pacientes ya que esto no influye en el manejo y la evolución de los pacientes. Por sus características este estudio es reproducible en todas las unidades que cuentan con un servicio de urgencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe una gran demanda de atención en el servicio de urgencias lo que lleva a retraso en la oportuna atención médica de los pacientes originando en ocasiones aumento de la morbi-mortalidad. Con el fin de otorgar una atención satisfactoria y oportuna a los pacientes, el presente trabajo busco evaluar desde el punto de vista de los pacientes qué dimensiones de la atención son relevantes para considerar que se ha recibido una buena atención o una atención de calidad.

Este trabajo es diferente a otros realizados en que no hay estudios efectuados en los servicios de urgencias de hospitales de subzona relacionados con el grado de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio por urgencias reales y sentidas, que son una población menor en dichos hospitales en relación con los Hospitales Generales Regionales.

Existe un gran número de pacientes que solicita atención medica en gran parte basado a que cada individuo percibe su problema de salud como una urgencia que amerita atención médica inmediata (urgencias sentidas), debido a esto se ha demorado el tiempo de atención a la población y ha disminuido la calidad de esta lo que tiene consecuencias directas sobre la salud de los pacientes con patologías que realmente ameritan atención médica de urgencia produciendo un aumento de la morbilidad y la mortalidad secundaria.

El impacto potencial que tiene la satisfacción del paciente, refleja calidad, siendo ésta un elemento de vital importancia, que da confiabilidad, credibilidad y prestigio tanto a la institución donde se brinda el cuidado, como al personal que brinda dicha atención. La aplicabilidad de este proyecto será probablemente a nivel de una mejora en la calidad en el servicio de urgencias del HGZ N°7 del IMSS al tomar las acciones pertinentes para corregir esto y poder optimizar los recursos de los servicios de urgencias.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe la satisfacción en los pacientes que acuden a recibir atención al servicio de urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán.

ESPECÍFICOS:

- a) Identificar la edad y género de los pacientes que acuden en búsqueda de atención médica al servicio de urgencias.
- b) Identificar los factores percibidos por el usuario que influyen en la satisfacción en términos de accesibilidad, explicación y facilitación, confort, anticipación, mantenimiento de una relación de confianza, monitoreo y seguimiento.
- c) Analizar el tiempo de espera para la atención médica como factor percibido por el paciente que influye en la satisfacción de la atención.
- d) Contribuir con los resultados de la investigación a evidenciar cambios en la atención médica y al reconocimiento de la misma por parte del personal de urgencias.
- e) Retroalimentar al personal de urgencias que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios, teniendo en cuenta el nivel de satisfacción de los pacientes frente a la atención en urgencias.
- f) Proponer la sistematización del Servicio de Urgencias, para aumentar la satisfacción del usuario y disminuir tiempos de espera.
- g) Determinar las urgencias reales y las sentidas en el servicio de urgencias motivo del estudio.

HIPÓTESIS

El grado de satisfacción del paciente atendido en Urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS es bajo debido al factor tiempo prolongado de espera de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, observacional y transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El Universo de trabajo fueron los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 77 en la Piedad, municipios de Yurecuaro, Buena Vista. Purepero y delegación Jalisco, municipios de Degollado, Ayotlan.

TAMAÑO DE MUESTRA

Se utilizo la ecuación de una proporción.

$$n = (Z^2)(P)(Q)/d^2$$

Donde:

Z²: nivel de confianza del 95%= 1.96

P: proporción estimada de la satisfacción del usuario= 35%

Q: Complemento 1-P: 1-0.35= 0.65

d: nivel de confianza= 0.05

Sustituyendo:

$$n = (1.96)^2 (0.35)(0.65)/(0.05)^2$$

$$n = (3.8416)(0.35)(0.65)/0.0025$$

$$n = 0.873964/0.0025$$

$$n = 349.58 = 350 \text{ pacientes}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7 del IMSS con sede en La Piedad, Michoacán y acepten participar en el estudio.
- Pacientes atendidos en el servicio de urgencias mayores de 18 años y menores de 18 años acompañados por adulto, independientemente de motivo de consulta y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes no derechohabientes o pertenecientes a otras instituciones.
- Pacientes sin vigencia o conservación de derechos.
- Se excluyeron aquellos casos en los que la consulta fue anulada o interrumpida, y aquellos otros en los que el usuario desista de consultar y se ausente.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no completaron el cuestionario.
- Pacientes que no desearon continuar en el estudio.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional	Escala Medición
SATISFACCIÓN DEL USUARIO:	<p>Definición conceptual: Implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio.</p> <p>Definición operativa: Subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias.</p>	<p>Nominal</p> <p>a) Muy buena</p> <p>b) Buena</p> <p>c) Regular (Espontánea)</p> <p>d) Mala</p> <p>e) Muy Mala</p>
GENERO	<p>Conceptual: Son las características fenotípicas del sujeto.</p> <p>Definición Operativa: Características</p>	<p>Nominal, cualitativa</p> <p>a) Femenino</p> <p>b) masculino</p>

	fenotípicas del paciente que solicita atención médica.	
PACIENTE	<p>Definición conceptual: Persona que padece una enfermedad.</p> <p>Definición operativa: Sujeto que acude a solicitar atención medica ante diversos signos y síntomas que condiciona detrimento en su estado de salud</p>	Numero progresivo
EDAD	<p>Definición conceptual: Edad cronológica que se informa al momento de solicitar la atención médica.</p> <p>Definición operativa: Edad cronológica con la que cuenta el paciente al momento de solicitar atención médica.</p>	<p>Cuantitativa, numérica, continua.</p> <p>En años por número progresivo</p>
DESTINO INICIAL	<p>Definición conceptual: Llegada ó arribo.</p> <p>Definición operativa: Destino del paciente posterior a la</p>	<p>Cualitativa, nominal.</p> <p>a. Atención en otras unidades</p> <p>b. Observación</p>

	realización de el Triage	c. Consulta d. Área de reanimación
DESTINO POSTERIOR	Definición conceptual: Llegada ó arribo. Definición operativa: Destino del paciente posterior a la realización de un examen médico completo.	Cualitativa, nominal a. Domicilió b. Observación c. Hospitalización d. Área de reanimación
ATENCIÓN DEL MÉDICO	Definición conceptual: Son todas las acciones realizadas a una persona con alguna patología. Definición operativa: Busca realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la patología.	Nominal a) Muy buena b) Buena c) Regular (Espontánea) d) Mala e) Muy Mala
URGENCIA REAL	Definición conceptual: Es una situación de afectación a la salud personal que desde el punto de vista clínico-	Nominal, cualitativa

	<p>médico implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función</p> <p>Definición operativa:</p> <p>Condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata</p>	
URGENCIA SENTIDA	<p>Definición conceptual:</p> <p>Es una situación de afectación a la salud personal que el individuo o la familia perciben como amenazante, pero que desde el punto de vista clínico-médico no implica riesgo a corto plazo para la vida, un órgano o la función. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa.</p>	Nominal, cualitativa
HOSPITALIZACIÓN	<p>Definición conceptual:</p> <p>Ingreso en un hospital de una persona enferma o herida para su examen, diagnóstico y tratamiento.</p>	Nominal, cualitativa
TIEMPO DE ESPERA	Definición conceptual:	Cuantitativa, numérica,

	Tiempo transcurrido entre la entrada del paciente al Servicio y la valoración por el médico de Urgencias.	continua.
--	--	------------------

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El total de la muestra calculada para el estudio fueron 350 pacientes. El muestreo se realizó en forma no probabilística, de forma casual en el servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7 con sede en La Piedad, Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se capturaron los pacientes que acudieron al servicio de urgencias en búsqueda de atención médica en los turnos matutino y vespertino de lunes a viernes, y nocturno (martes, jueves y sábado) incluyendo a toda la población de ambos sexos, independientemente de la edad del paciente, motivo de consulta y el tiempo de evolución de la enfermedad, que acudió al servicio en búsqueda de atención médica; se clasificaron a los pacientes por urgencias reales y urgencias sentidas.

A cada paciente después de la atención en el servicio de urgencias, se le aplico unas preguntas (Anexo 1) relacionadas con la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias, se solicito autorización y cooperación al paciente para su participación (Anexo 2), la duración de las mismas fue variable a las características de cada paciente en promedio la aplicación fue de aproximadamente 10 minutos por paciente.

En el IMSS se realiza una Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Unidades Médicas de Primer Nivel de Atención del IMSS. Con la finalidad de conocer la satisfacción del paciente exclusivo del servicio de urgencias se tomó la parte correspondiente al servicio de urgencias de dicha Encuesta Nacional que tiene validez de contenido y que no tiene una escala como tal de evaluación por la naturaleza de las preguntas, lo que hace que se evaluará esta encuesta por estadística descriptiva. Para evaluar la satisfacción del paciente que tuvo de la atención recibida se analizo la pregunta número 10 ¿Cómo calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias? El paciente subrayo su percepción de la atención con las opciones establecidas

- a. Muy buena
- b. Buena
- c. Regular (Espontánea)
- d. Mala

- e. Muy Mala
- f. No sabe/No responde

Las demás preguntas se analizaron de manera cruzada con las respuestas que dieron los pacientes referentes a su calificación de la atención médica recibida y se analizaron por residuales estandarizados que permitieron ver la dirección y la fuerza de asociación de las preguntas con respecto a la satisfacción en la atención médica.

La información que proporcione el paciente será confidencial y solamente será usada con fines estadísticos para mejorar el servicio de urgencias. Ningún resultado del estudio hará referencia a personas en particular.

Los pacientes que ingresaron al área de urgencias se evaluaron al azar por medio de la hoja de registro del anexo 1 por el médico adscrito en turno al concluir la atención y se registraron en el área mencionada por el investigador en la base de datos de excel creada para esto. Conjuntamente por medio del expediente clínico se tomaron los datos requeridos.

Se solicitó autorización y cooperación de los médicos adscritos al servicio de urgencias para la identificación de los pacientes, a la dirección médica de la unidad para el uso de sus instalaciones.

Previa autorización por el comité local de investigación se realizó valoración de satisfacción en la atención a todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7 del IMSS con sede en La Piedad, Michoacán.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La base de datos se analizó mediante el programa estadístico SPSS versión 18.0. Se calcularon distribución de frecuencias, media y desviación estándar de cada variable dependiendo de su naturaleza. La fiabilidad de las preguntas se realizó con Kuder-Richardson 20 y el coeficiente alfa de Cronbach, dependiendo de la naturaleza de la respuesta. Las preguntas se analizaron de manera cruzada con las respuestas que dieron los pacientes referentes a su opción de respuesta de la atención médica recibida y se analizaron por residuales estandarizados que permitieron ver la dirección y la fuerza de asociación de las preguntas con respecto a la satisfacción en la atención médica.

Se hicieron comparaciones mediante los test de Ji cuadrado (variables categóricas) y t de student (variables numéricas) para la variable respuesta (satisfacción del usuario). Se determinaron si había diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza del 95% (P valor < 0.05).

Variable dependiente:

Satisfacción del paciente por la atención médica recibida.

Variables independientes

Urgencia real, Urgencia sentida, Edad, Género, Hospitalización, tiempo de espera para su atención, atención del médico.

RECURSOS HUMANOS

- Un Médico Residente de Medicina de Urgencias.
- Médicos adscritos al servicio de urgencias.
- Asesor Dr. Joel Nicolás Martínez Cruz.

Personal	Formación académica	Función	Dedicación Hrs/sem
Dr. Joel Nicolás Martínez Cruz	Investigador titular	Asesor	3 Hrs
Dra. Anel Gómez García	Investigadora asociada "A"	Asesor metodológico	3 Hrs
Dr. Francisco Flores Orozco	Médico Residente	Investigador	7 hrs

FÍSICOS

- Servicio de Urgencias Hospital General de Sub-zona No. 7 del IMSS, La Piedad, Michoacán.
- Archivo clínico Hospital General de Sub-zona No. 7 del IMSS, La Piedad, Michoacán.

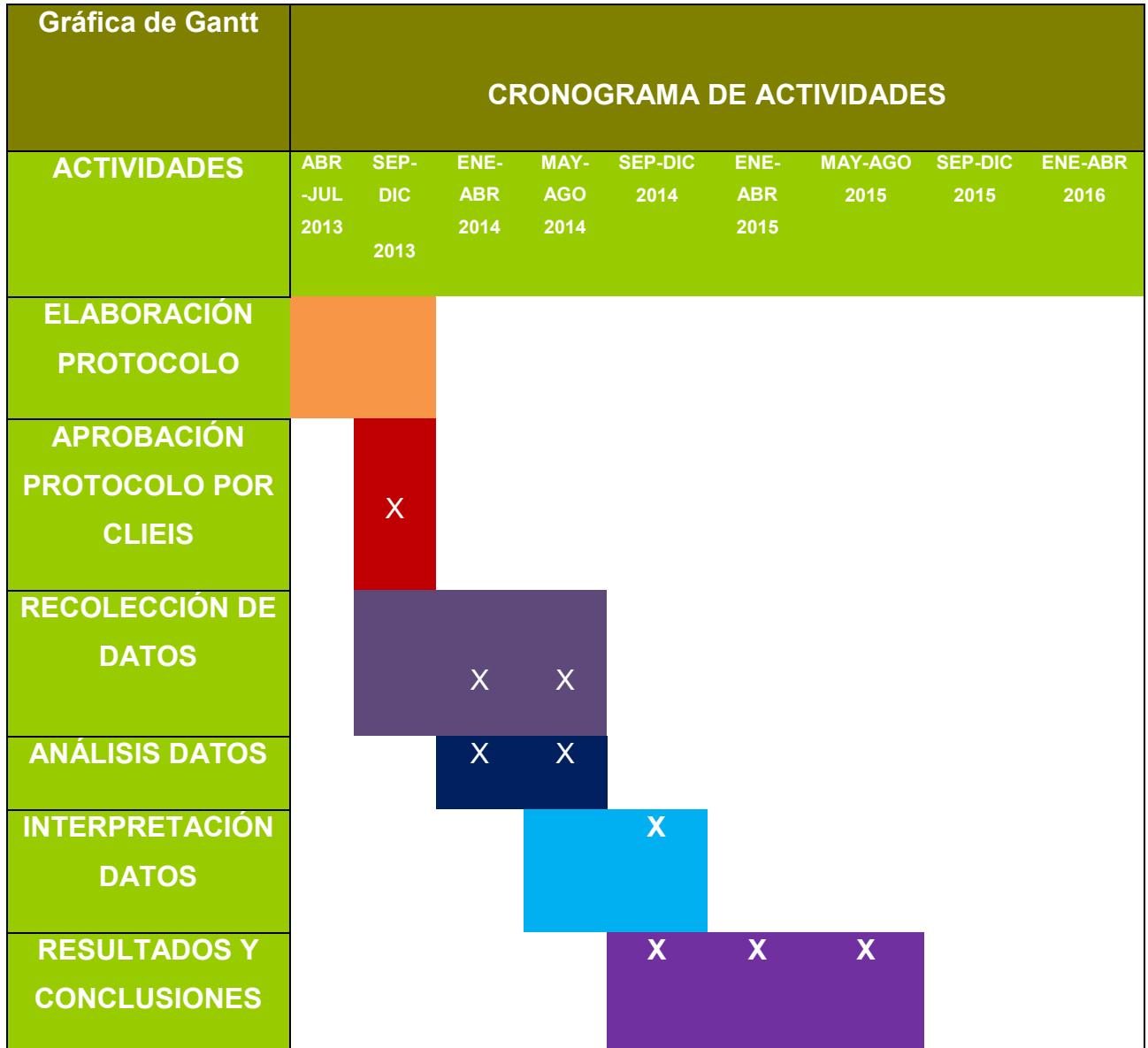
MATERIALES

- Hojas blancas de papel bond tamaño carta
- Bolígrafos y lápices
- Gomas de borrador
- Equipo de computo
- Base de datos en sistema de computo
- Formato de recolección de datos
- Impresora
- Fotocopiado

FINANCIEROS

Los gastos que genero la investigación fueron cubiertos por los interesados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se apego a las normas nacionales, internacionales e institucionales sobre bioética e investigación (se conservo la confidencialidad del expediente).

El proyecto se sometió a consideración y autorización por el comité local de investigación y ética en investigación en salud 1603, otorgando número de registro **R-2013-1603-16**. Se solicito la autorización a las autoridades directivas del HGZ N°7 para la realización de dicho proyecto.

Este proyecto de investigación tiene normas éticas establecidas de acuerdo a la declaración de Helsinki donde especifica más detalladamente la investigación clínica, reflejando cambios en la práctica médica desde el término "experimentación humana" usado en el Código de Núremberg con los principios básicos. El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25) (15), en conjunto con lo estipulado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para Salud como marca el artículo 17 de esta Ley siendo un estudio de investigación de riesgo II (Riesgo mínimo) y se hará una vez autorizado por el Comité Local de Investigación Médica.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

ARTICULO 17.

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El estudio es factible ya que se cuenta con los recursos y requerimientos para llevarlo a la práctica, utilizando materiales proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y por el investigador.

Se apega a la ley general de salud de la República Mexicana y a las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social respetando los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial establecidos en 1975 y enmendados en Edimburgo en el año 2000 ya que se considera lo mejor para el paciente durante la realización de la atención médica, protegiendo la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los pacientes que participan en investigación.

No requiere de autorización por escrito de familiares o pacientes ya que esto no influyen el manejo y la evolución de los pacientes.

RESULTADOS

Se estudiaron a 350 pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7 con sede en La Piedad, Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en búsqueda de atención médica en los turnos matutino y vespertino de lunes a viernes, y nocturno (martes, jueves y sábado).

La edad promedio de los pacientes fue de 49.56 ± 20.94 años. Y fueron 213 (60.9%) del sexo femenino y 137 (39.1%) del sexo masculino. Del turno matutino se captaron 186 (53.1%) pacientes; del turno vespertino fueron 136 (38.9%); del turno nocturno fueron 27 (7.7%) y de la Jornada acumulada solo fue 1 (0.3%) paciente captado.

Los pacientes se clasificaron de acuerdo al tipo de urgencia. En la figura 1 y 2 se muestran la frecuencia de los pacientes que tuvieron urgencias reales y urgencias sentidas.

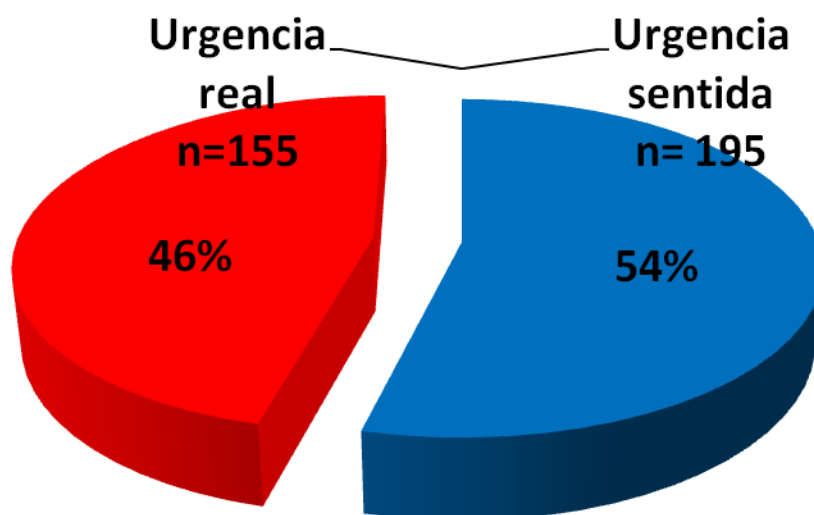


Figura 1. Distribución de la Urgencia Real y Sentida en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

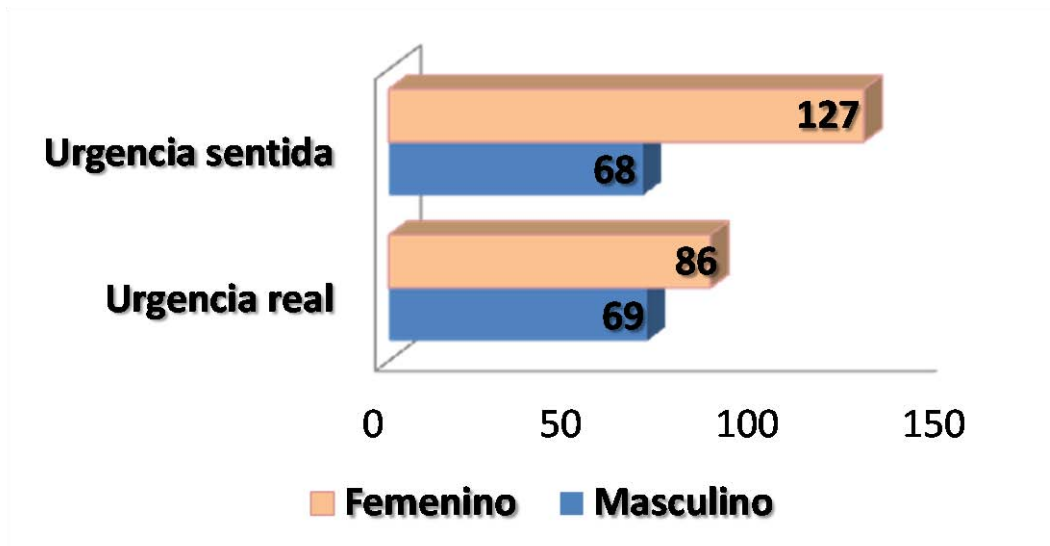


Figura 2. Distribución por sexo de la Urgencia Real y Sentida en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

De acuerdo a la clasificación inicial por TRIAGE a su ingreso, sin clasificación 256 (73 %), verde 42 (12 %), amarillo 34 (10 %), azul 15 (4%) y naranja 3 (1 %) (Fig. 3 y 4).

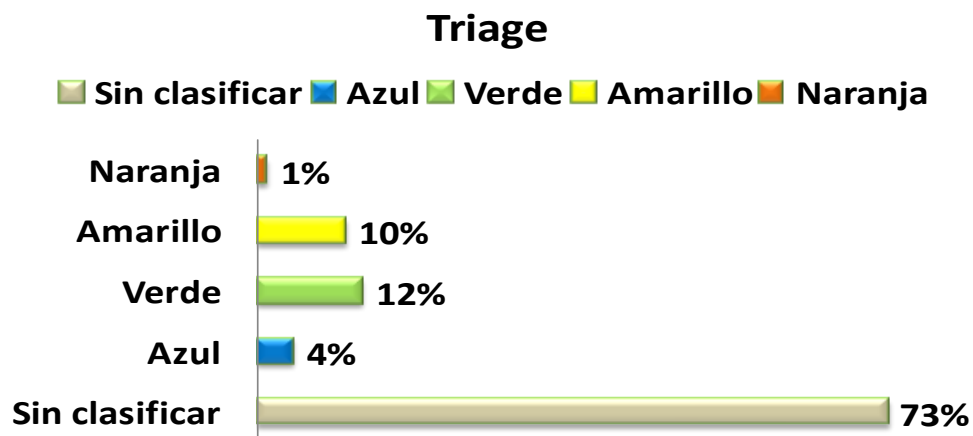


Figura 3. Porcentaje de la Urgencia acorde a clasificación TRIAGE en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

Urgencia/Triage

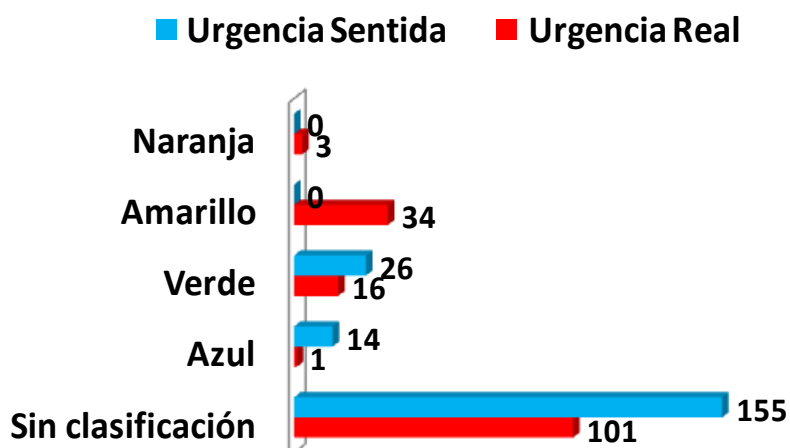


Figura 4 Distribución de la Urgencia real y sentida acorde a clasificación inicial por TRIAGE en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

La distribución de la escolaridad promedio de los pacientes fue de el 41 % (142) primaria, el 21 % (75) analfabeta, el 17 % (60) secundaria, el 14% (49) preparatoria, el 5 % (16) licenciatura, el 2 % (7) carrera técnica y el 0.3 % (1) otra (Fig. 5).

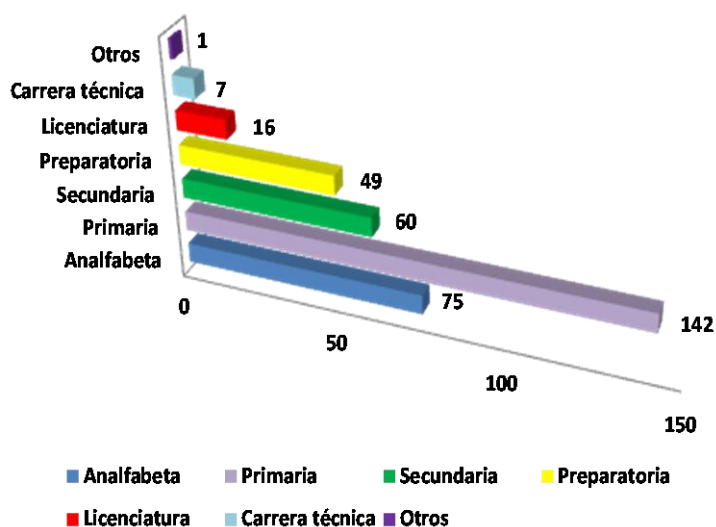


Figura 5. Distribución de la escolaridad en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

El destino de los pacientes fue el 36 % (126) a su domicilio, el 33 % (115) a la consulta externa, el 27 % (93) a hospitalización, el 3% (11) a sala resucitación y el 1 % (5) a otro hospital (Fig. 6 y 7).

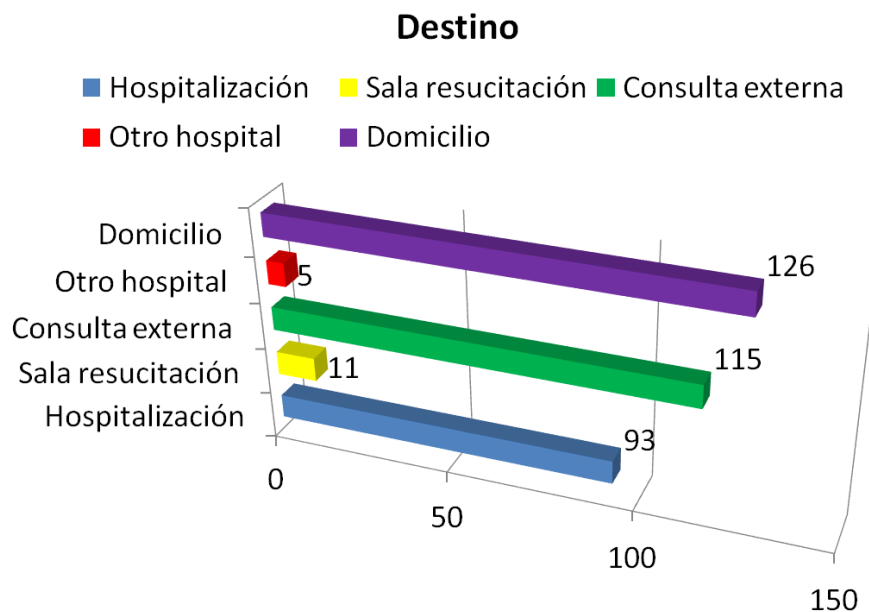


Figura 6 Destino de los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

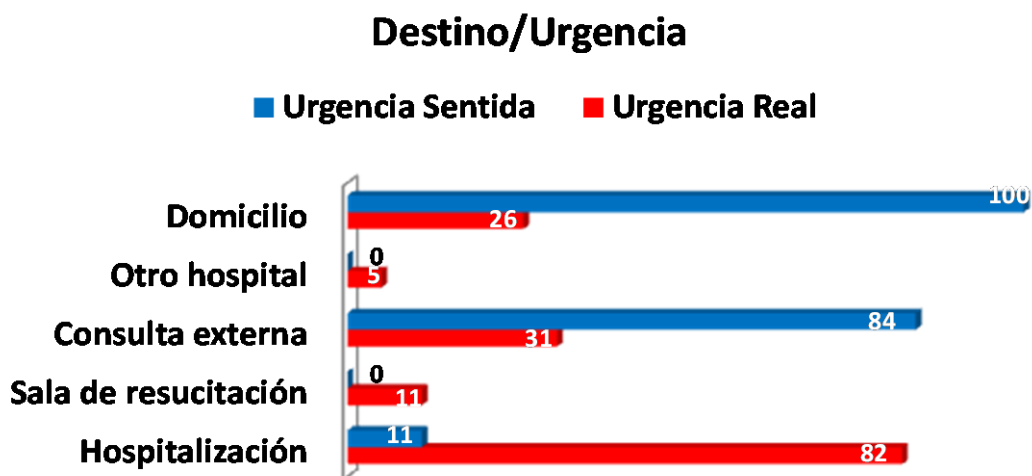


Figura 7 Destino posterior a la atención acorde a clasificación de la Urgencia real y sentida en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

Contingencia de las urgencias por turno, matutino: urgencias reales 72 y sentidas 114; vespertino urgencias reales 68 y sentidas 68; nocturno urgencias reales 15 y sentidas 12; en jornada acumulada urgencias reales 0 y sentida 1 (Fig. 8).

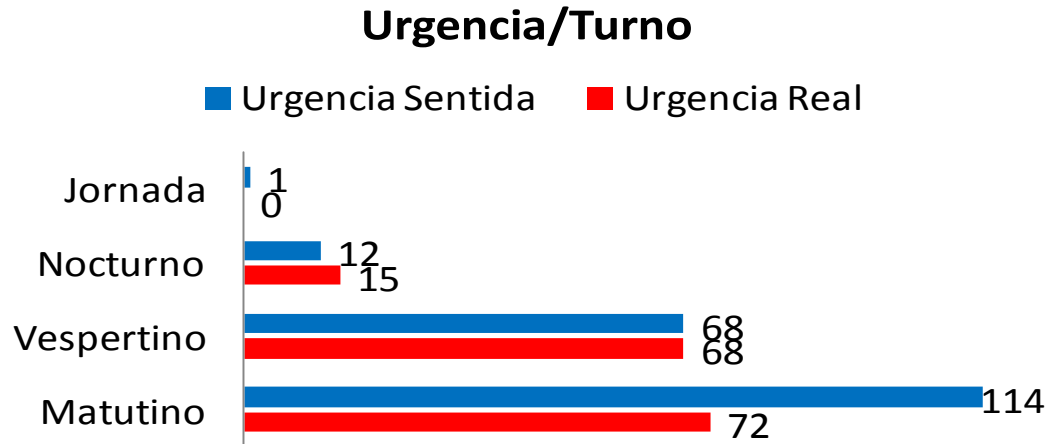


Figura 8 Contingencia de las urgencias por turno del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

Contingencia de las urgencias por escolaridad de los pacientes fue: analfabeta urgencias reales 48 y sentidas 27, primaria urgencias reales 68 y sentidas 74 , secundaria urgencias reales 22 y sentidas 38, preparatoria urgencias reales 13 y sentidas 36, licenciatura urgencias reales 3 y sentidas 13, carrera técnica urgencias reales 1 y sentidas 6 y otra urgencias reales 0 y sentidas 1 (Fig. 9).

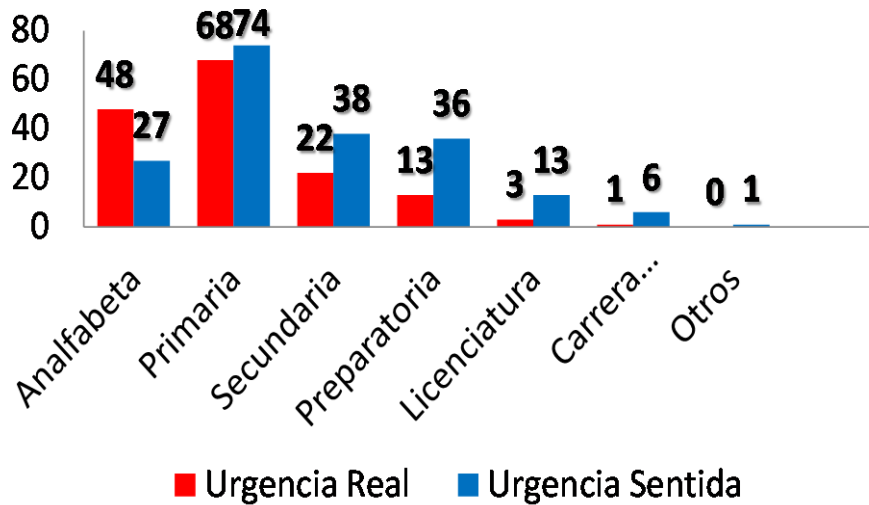


Figura 9 Contingencia de las urgencias por escolaridad del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

La confiabilidad del cuestionario de satisfacción se realizó con el alfa de Cronbach de 0.409 lo que nos indica una confiabilidad regular del cuestionario de satisfacción.

Estadísticos de fiabilidad

Afa de Cronbach	Afa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.016	.409	12

En la siguiente tabla 1 se muestra una débil correlación elemento-total corregida entre los ítems lo que nos habla de una independencia entre ellos, es decir de que la información que aporte cada uno de los reactivos no afecta a otro reactivo.

Tabla 1. Contingencia estadísticos total-elemento

Estadísticos total-elemento					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Cuanto tiempo paso?	27.50	20.755	.086	.347	-.026 ^a
Como considera el tiempo que esperó?	26.57	21.140	-.003	.445	.019
A qué atribuye esa espera?	23.75	17.288	-.135	.107	.232
Una vez que lo atendió el médico ¿a que servicio paso?	26.96	19.379	.120	.102	-.064 ^a
¿Cuanto tiempo tardo en pasar de urgencias a cama de hospitalización?	26.13	17.347	.118	.038	-.096 ^a
¿El médico de urgencias le hizo preguntas sobre su estado de salud o padecimiento?	28.12	22.387	.097	.078	.004
¿El médico de urgencias le dio una explicación de su estado de salud o padecimiento?	28.03	21.827	.192	.269	-.020 ^a
¿Que tan clara o confusa fue la explicación del medico de urgencias?	27.37	20.704	.090	.306	-.029 ^a
Durante su estancia en este servicio, ¿le brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud o no?	27.86	21.634	.127	.117	-.019 ^a
¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?	27.41	20.895	.158	.298	-.044 ^a
En la visita del día de hoy a esta unidad, ¿Usted recibió buen trato, o no?	28.08	22.301	.084	.129	.002
¿Porque no recomendaría a esta unidad?	23.01	23.882	-.246	.247	.206

a. El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Se encontró una satisfacción muy buena en el 40.6% (n=142) de los pacientes, buena en el 47.7% (n=167) y una satisfacción muy mala solo en 3 pacientes que corresponden al 0.9%.

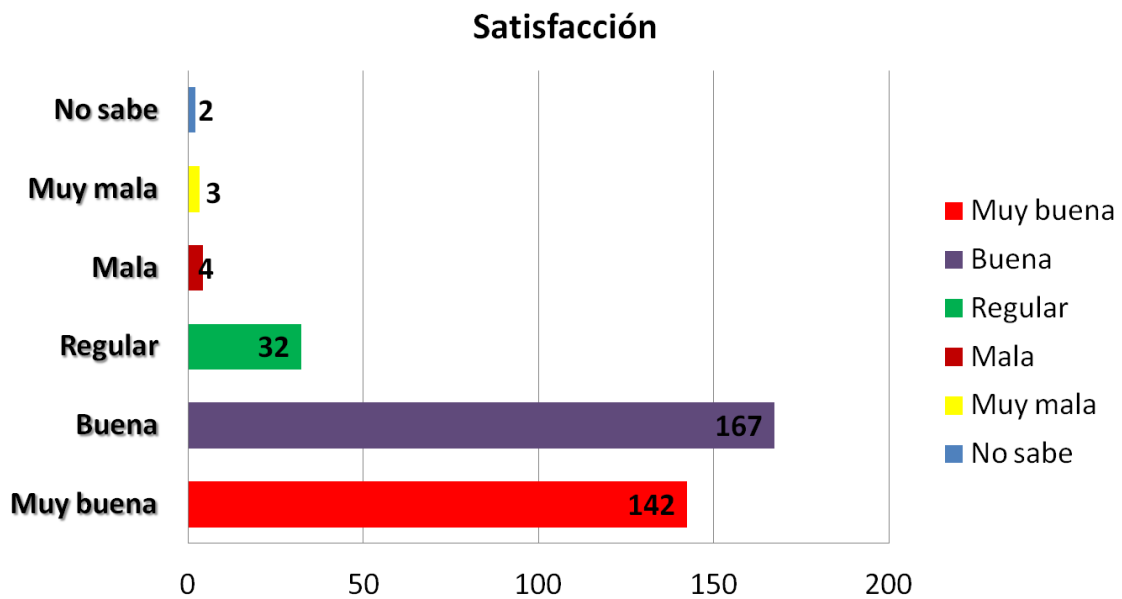


Figura 10. Satisfacción percibida a la atención en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

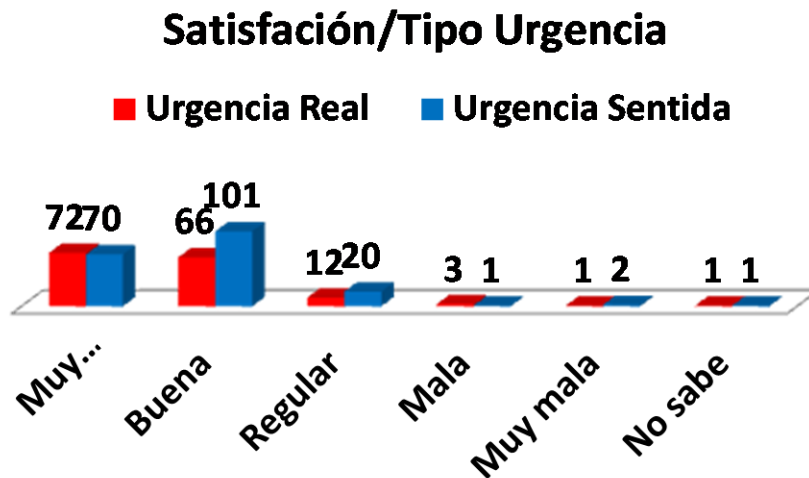


Figura 11. Satisfacción percibida a la atención acorde a clasificación de la Urgencia real y sentida en los pacientes del servicio de urgencias del Hospital General de Sub-zona No. 7.

Las preguntas se analizaron de manera cruzada con las respuestas de los pacientes referentes a su opción de respuesta de la atención médica recibida y se analizaron por residuales estandarizados que permite ver la dirección y la fuerza de asociación de las preguntas con respecto a la satisfacción en la atención médica.

La siguiente tabla 2 se muestra la descripción del primer reactivo ¿Cuánto tiempo paso para que lo atendieran? y la satisfacción de la atención. La respuesta más significativa fue en la atención Regular (espontánea) con el tiempo de más de una hora con un residual tipificado de 3.5, seguido con la opción de respuesta de satisfacción muy mala también con el tiempo de más de 1 hora con un residual tipificado de 2.6. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 45.583 con un valor de P = 0.001, lo cual nos habla de una asociación significativa entre el tiempo que paso en espera de su atención y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

Tabla 2. Contingencia entre la atención recibida en el servicio de urgencias y el tiempo que paso para su atención.

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?						Total
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala	No sabe/No responde	
Cuanto tiempo paso?	menos de 30 minutos	Recuento	109	104	10	2	0	1	226
		% del total	31.1%	29.7%	2.9%	.6%	.0%	.3%	64.6%
		Residuos tipificados	1.8	-.4	-2.3	-.4	-1.4	-.3	
	30 a 45 minutos	Recuento	16	35	9	2	1	1	64
		% del total	4.6%	10.0%	2.6%	.6%	.3%	.3%	18.3%
		Residuos tipificados	-2.0	.8	1.3	1.5	.6	1.0	
	de 46 minutos a una hr	Recuento	3	9	2	0	0	0	14
		% del total	.9%	2.6%	.6%	.0%	.0%	.0%	4.0%
		Residuos tipificados	-1.1	.9	.6	-.4	-.3	-.3	
	mas de una hora	Recuento	13	18	11	0	2	0	44
		% del total	3.7%	5.1%	3.1%	.0%	.6%	.0%	12.6%
		Residuos tipificados	-1.1	-.7	3.5	-.7	2.6	-.5	
	No sabe/No responde	Recuento	1	1	0	0	0	0	2
		% del total	.3%	.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%
		Residuos tipificados	.2	.0	-.4	-.2	-.1	-.1	
	Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350
		% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%

Chi-cuadrada de Pearson $X^2=45.583$ $P=0.001$

Al analizar las preguntas ¿Cómo considera el tiempo que esperó? Y ¿Cómo calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias? En la tabla 3 se muestra que la respuesta más significativa fue en la atención Regular (espontánea) con el tiempo muy largo con un residual tipificado de 4.3, seguido con la opción de respuesta de tiempo muy corto con un residual tipificado de 3.5. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 83.781 con un valor de P = 0.000, lo cual nos habla de una asociación significativa entre el tiempo de espera de su atención y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

Tabla 3. Contingencia entre la atención recibida en el servicio de urgencias y el tiempo que esperó para su atención.

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?						Total
			Muybuena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala	No sabe/No responde	
Como considera el tiempo que esperó?	muy corto	Recuento	56	29	1	1	0	0	87
		% del total	16.0%	8.3%	.3%	.3%	.0%	.0%	24.9%
		Residuos tipificados	3.5	-1.9	-2.5	.0	-9	-7	
	corto	Recuento	36	41	4	1	0	1	83
		% del total	10.3%	11.7%	1.1%	.3%	.0%	.3%	23.7%
		Residuos tipificados	.4	.2	-1.3	.1	-8	.8	
	normal (Espontánea)	Recuento	31	60	9	0	0	1	101
		% del total	8.9%	17.1%	2.6%	.0%	.0%	.3%	28.9%
		Residuos tipificados	-1.6	1.7	-.1	-1.1	-.9	.6	
	largo	Recuento	13	24	8	0	1	0	46
		% del total	3.7%	6.9%	2.3%	.0%	.3%	.0%	13.1%
		Residuos tipificados	-1.3	.4	1.9	-.7	1.0	-.5	
	Muy Largo	Recuento	5	12	10	2	2	0	31
		% del total	1.4%	3.4%	2.9%	.6%	.6%	.0%	8.9%
		Residuos tipificados	-2.1	-.7	4.3	2.8	3.4	-.4	
	No sabe/No responde	Recuento	1	1	0	0	0	0	2
		% del total	.3%	.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%
		Residuos tipificados	.2	.0	-.4	-.2	-.1	-.1	
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2=83.781$ $P=0.0001$

La siguiente tabla 4 se muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo ¿A qué atribuye esa espera? La respuesta más significativa fue en la atención mala con están mal organizados un residual tipificado de 6.6, seguido con la opción de respuesta de mala por lentitud del médico con un residual tipificado de 4.5. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 144.590 con un valor de P = 0.000, lo cual nos habla de una asociación significativa entre los motivos de espera de su atención y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

Tabla 4. Contingencia entre la atención recibida en el servicio de urgencias y a qué atribuye esa espera.

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?					Total	
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala		No sabe/No responde
A qué atribuye esa espera?	Falta de espacio en el área de 1er contacto	Recuento	8	7	0	0	0	0	15
		% del total	2.3%	2.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.3%
		Residuos tipificados	.8	-1	-1.2	-4	-4	-3	
	Hay mucha gente	Recuento	35	61	5	0	0	0	101
		% del total	10.0%	17.4%	1.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	28.9%
		Residuos tipificados	-9	1.8	-1.4	-1.1	-9	-8	
	Lentitud el médico	Recuento	0	2	1	1	0	0	4
		% del total	.0%	.6%	.3%	.3%	.0%	.0%	.0%	1.1%
		Residuos tipificados	-1.3	.1	1.0	4.5	-2	-2	
	Ausencia del personal/no están en su lugar	Recuento	10	14	9	0	2	0	35
		% del total	2.9%	4.0%	2.6%	.0%	.6%	.0%	.0%	10.0%
		Residuos tipificados	-1.1	-7	3.2	-6	3.1	-4	
	Están mal organizados	Recuento	1	5	6	3	1	0	16
		% del total	.3%	1.4%	1.7%	.9%	.3%	.0%	.0%	4.6%
		Residuos tipificados	-2.2	-1.0	3.8	6.6	2.3	-3	
	Cambio de turno	Recuento	11	12	3	0	0	1	27
		% del total	3.1%	3.4%	.9%	.0%	.0%	.3%	.7%	7.7%
		Residuos tipificados	.0	-2	.3	-6	-5	2.2	
	Los médicos estaban ocupados	Recuento	9	12	2	0	0	0	23
		% del total	2.6%	3.4%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.6%
		Residuos tipificados	-.1	.3	-.1	-.5	-.4	-.4	
	Otro	Recuento	23	13	3	0	0	0	39
		% del total	6.6%	3.7%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	11.1%
		Residuos tipificados	1.8	-1.3	-.3	-.7	-.6	-.5	
	No sabe/No responde	Recuento	45	41	3	0	0	1	90
		% del total	12.9%	11.7%	.9%	.0%	.0%	.3%	.7%	25.7%
		Residuos tipificados	1.4	-.3	-1.8	-1.0	-.9	.7	
Total		Recuento	142	167	32	4	3	2	350
		% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%

Chi-cuadrada de Pearson $X^2=144.590$ $P=0.001$

Tabla 5. Contingencia la atención que le dieron en el servicio de urgencias y a qué servicio pasó.

Tabla de contingencia

		¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?						Total	
		Muybuena	Buena	Regular (Espontánea)	Malta	Muy mala	No sabe/No responde		
Una vez que lo atendió el médico ¿a que servicio pasó?	Hospitalización	Recuento	45	36	7	2	1	2	93
		% del total	12.9%	10.3%	2.0%	.6%	.3%	.6%	26.6%
		Residuos tipificados	1.2	-1.3	-.5	.9	.2	2.0	
	Observación	Recuento	77	104	19	1	0	0	201
		% del total	22.0%	29.7%	5.4%	.3%	.0%	.0%	57.4%
		Residuos tipificados	-5	.8	.1	-.9	-1.3	-1.1	
	Laboratorio	Recuento	1	6	2	0	0	0	9
		% del total	.3%	1.7%	.6%	.0%	.0%	.0%	2.6%
		Residuos tipificados	-1.4	.8	1.3	-.3	-.3	-.2	
	Otros estudios	Recuento	9	5	2	0	1	0	17
		% del total	2.6%	1.4%	.6%	.0%	.3%	.0%	4.9%
		Residuos tipificados	.8	-1.1	.4	-.4	2.2	-.3	
	Quirófano (cirugía)	Recuento	1	5	0	0	0	0	6
		% del total	.3%	1.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.7%
		Residuos tipificados	-.9	1.3	-.7	-.3	-.2	-.2	
	Alta/medicina familiar	Recuento	5	8	2	1	1	0	17
		% del total	1.4%	2.3%	.6%	.3%	.3%	.0%	4.9%
		Residuos tipificados	-.7	.0	.4	1.8	2.2	-.3	
No sabe/No responde	Recuento	4	3	0	0	0	0	7	
	% del total	1.1%	.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.0%	
	Residuos tipificados	.7	-.2	-.8	-.3	-.2	-.2		
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

En la figura 12 se muestra la frecuencia del tiempo que tardó el paciente en pasar de urgencias a cama de hospitalización y tabla 6 muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo frecuencia del tiempo que tardó el paciente en pasar de urgencias a cama de hospitalización. En ella se muestra que el 42% de los pacientes tardaron < de 4 hr en ingresar a hospitalización, lo cual es importante porque al tomar las acciones pertinentes para optimizar los recursos de los servicios de urgencias y poder realizar la detección intencionada de las complicaciones permiten un diagnóstico y tratamiento oportunos, contribuyendo a disminuir los tiempos prolongados de espera y los gastos propios que generan la estancia en el servicio de urgencias del paciente por los tratamientos requeridos.

Cuanto tiempo tardó en ingresar hospital

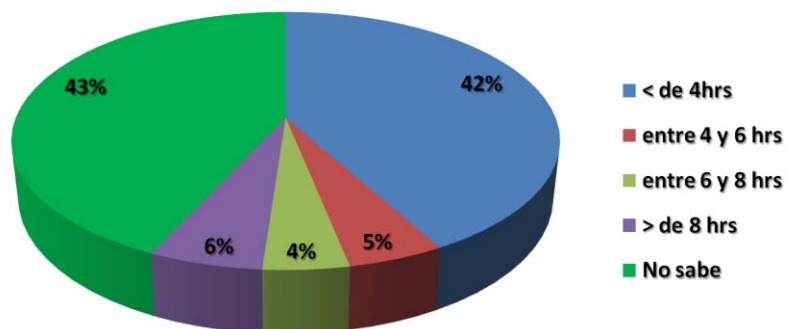


Figura 12. Frecuencia del tiempo que tardó el paciente en pasar de urgencias a cama de hospitalización.

Tabla 6. Contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo frecuencia del tiempo que tardó el paciente en pasar de urgencias a cama de hospitalización.

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?						Total
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala	No sabe/No responde	
¿Cuanto tiempo tardó en pasar de urgencias a cama de hospitalización?	Menos de cuatro hr	Recuento	62	72	11	0	1	1	147
		% del total	17.7%	20.6%	3.1%	.0%	.3%	.3%	42.0%
		Residuos tipificados	.3	.2	-.7	-1.3	-.2	.2	
	Entre 4 hr 1 minuto y 6 hr	Recuento	6	10	1	0	0	0	17
		% del total	1.7%	2.9%	.3%	.0%	.0%	.0%	4.9%
		Residuos tipificados	-.3	.7	-.4	-.4	-.4	-.3	
	Entre 6 hr 1 min y 8 hr	Recuento	4	8	3	0	0	0	15
		% del total	1.1%	2.3%	.9%	.0%	.0%	.0%	4.3%
		Residuos tipificados	-.8	.3	1.4	-.4	-.4	-.3	
	Mas de 8 hr	Recuento	4	11	4	1	0	0	20
		% del total	1.1%	3.1%	1.1%	.3%	.0%	.0%	5.7%
		Residuos tipificados	-1.4	.5	1.6	1.6	-.4	-.3	
No sabe/No responde	Recuento	66	66	13	3	2	1	151	
	% del total	18.9%	18.9%	3.7%	.9%	.6%	.3%	43.1%	
	Residuos tipificados	.6	-.7	-.2	1.0	.6	.1		
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2=16.720$ $P=0.01$

Al analizar la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo ¿El médico de urgencias le hizo preguntas sobre su estado de salud o padecimiento? (tabla 7) la respuesta más significativa fue en la atención mala con no sabe/no responde con un residual tipificado de 5.2, seguido con la opción de respuesta de satisfacción muy mala también con “No” con un residual tipificado de 4.2. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 77.082 con un valor de P = 0.0001, lo cual nos habla de una asociación significativa e importante para destacar en este trabajo entre preguntas sobre su estado de salud o padecimiento y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

Tabla 7. Contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo ¿El médico de urgencias le hizo preguntas sobre su estado de salud o padecimiento?

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?					Total	
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala		No sabe/No responde
¿El médico de urgencias le hizo preguntas sobre su estado de salud o padecimiento?	Sí	Recuento	142	163	29	2	2	2	340
		% del total	40.6%	46.6%	8.3%	.6%	.6%	.6%	97.1%
		Residuos tipificados	.3	.1	-.4	-1.0	-.5	.0	
	No	Recuento	0	2	2	1	1	0	6
		% del total	.0%	.6%	.6%	.3%	.3%	.0%	1.7%
		Residuos tipificados	-1.6	-.5	2.0	3.6	4.2	-2	
	No sabe/No responde	Recuento	0	2	0	1	0	0	3
		% del total	.0%	.6%	.0%	.3%	.0%	.0%	.9%
		Residuos tipificados	-1.1	.5	-.5	5.2	-2	-1	
4	Recuento	0	0	1	0	0	0	1	
	% del total	.0%	.0%	.3%	.0%	.0%	.0%	.3%	
	Residuos tipificados	-.6	-.7	3.0	-.1	-.1	-.1		
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2= 77.082$ P=0.001

En la figura 13 se muestra la frecuencia de si preguntaron estado de salud o padecimiento y tabla 7 muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo si preguntaron sobre el estado de salud o padecimiento.

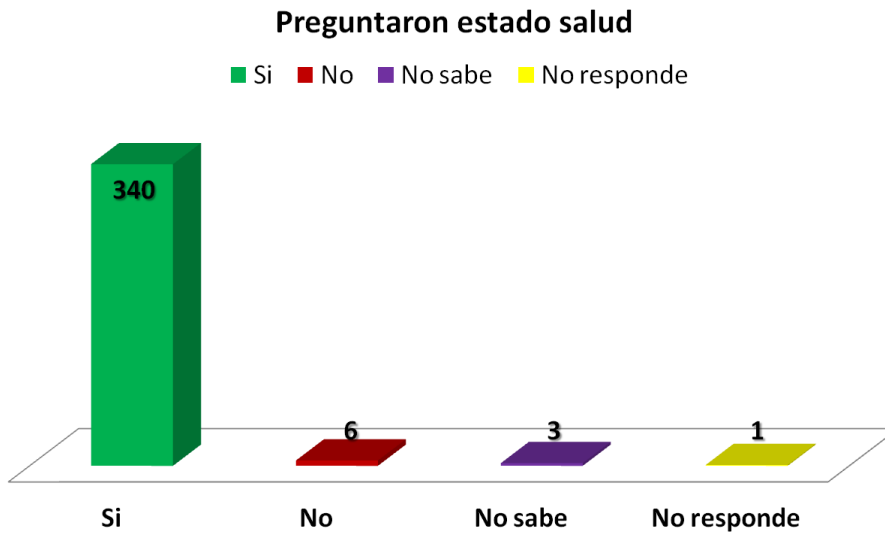


Figura 13. Contingencia de la satisfacción en relación sobre el estado de salud o padecimiento.

La siguiente tabla 8 se muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo ¿El médico de urgencias le dio una explicación de su estado de salud o padecimiento? La respuesta más significativa fue en la atención Regular (espontánea) con “No” con un residual tipificado de 4.2, seguido con la opción de respuesta de satisfacción muy mala también con “No” con un residual tipificado de 3.7. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 68.969 con un valor de $P = 0.0001$, lo cual nos habla de una asociación significativa entre explicación de su estado de salud o padecimiento y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

Tabla 8. Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo ¿El médico de urgencias le dio una explicación de su estado de salud o padecimiento?

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?					Total	
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala		No sabe/No responde
¿El médico de urgencias le dio una explicación de su estado de salud o padecimiento?	Si	Recuento	138	152	21	1	1	1	314
		% del total	39.4%	43.4%	6.0%	.3%	.3%	.3%	89.7%
		Residuos tipificados	.9	.2	-1.4	-1.4	-1.0	-6	
	No	Recuento	2	11	9	2	2	1	27
		% del total	.6%	3.1%	2.6%	.6%	.6%	.3%	7.7%
		Residuos tipificados	-2.7	-5	4.2	3.0	3.7	2.2	
	No sabe/No responde	Recuento	2	4	2	1	0	0	9
		% del total	.6%	1.1%	.6%	.3%	.0%	.0%	2.6%
		Residuos tipificados	-.9	-1	1.3	2.8	-3	-2	
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2= 68.969$ $P=0.001$

En la figura 14 se muestra la frecuencia acerca de si explicarón del estado de salud o padecimiento y tabla 8 muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo sobre la explicación de estado de salud o padecimiento.

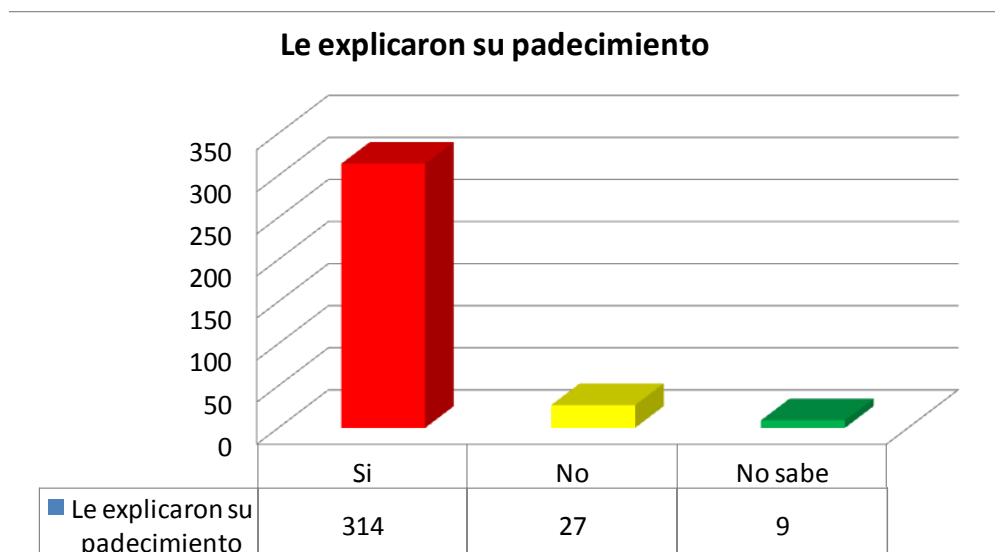


Figura 14. Frecuencia en relación explicación del estado de salud o padecimiento.

Al analizar la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo ¿Qué tan clara o confusa fue la explicación del médico de urgencias? tabla 9. La respuesta más significativa fue en la satisfacción no sabe/no responde con la explicación del médico con un residual tipificado de 6.3, seguido de la opción de respuesta de una satisfacción muy buena con una explicación muy clara con un residual tipificado de 5.2. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 186.262 con un valor de $P = 0.0001$, lo cual nos habla de una asociación significativa entre lo clara o confusa que fue la explicación del médico de urgencias y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

En la figura 15 se muestra la frecuencia sobre la claridad de la explicación y tabla 9 muestra la contingencia de la satisfacción acerca de la claridad de la explicación.

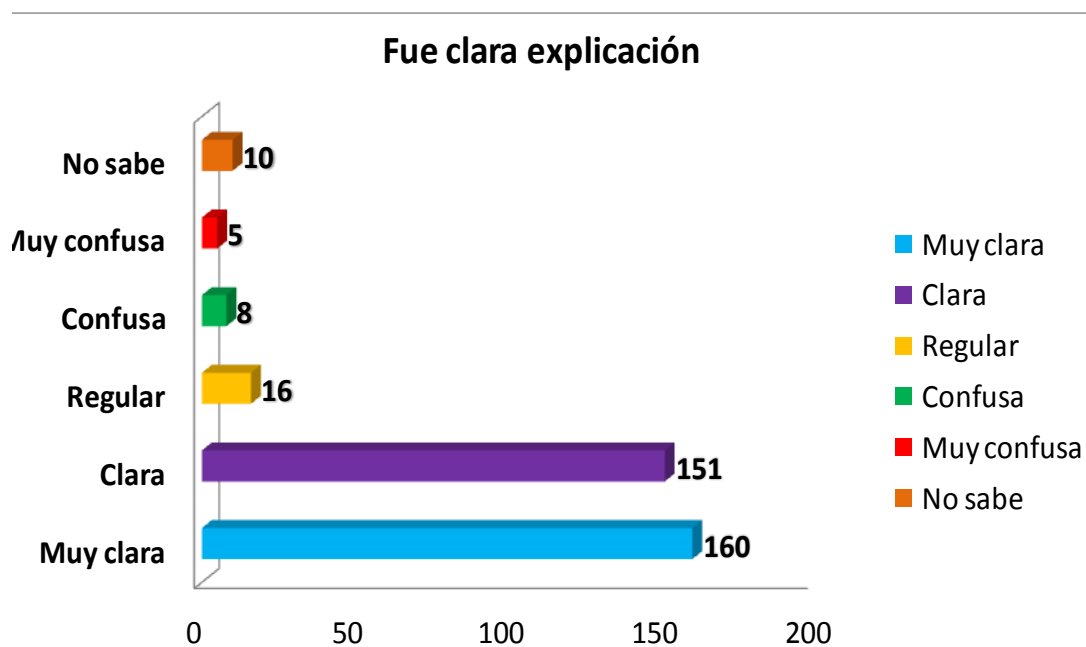


Figura 15. Frecuencia sobre la claridad explicación del estado de salud o padecimiento.

Tabla 9. Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo ¿Qué tan clara o confusa fue la explicación del médico de urgencias?

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?					Total	
			Muybuena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala		No sabe/No responde
¿Que tan clara o confusa fue la explicación del medico de urgencias?	Muy clara	Recuento	107	42	8	1	2	0	160
		% del total	30.6%	12.0%	2.3%	.3%	.6%	.0%	45.7%
		Residuos tipificados	5.2	-3.9	-1.7	-.6	.5	-1.0	
	Clara	Recuento	32	104	14	1	0	0	151
		% del total	9.1%	29.7%	4.0%	.3%	.0%	.0%	43.1%
		Residuos tipificados	-3.7	3.8	.1	-.6	-1.1	-.9	
	Regular (Espontánea)	Recuento	0	11	2	1	0	2	16
		% del total	.0%	3.1%	.6%	.3%	.0%	.6%	4.6%
		Residuos tipificados	-2.5	1.2	.4	1.9	-.4	6.3	
	Confusa	Recuento	1	2	4	1	0	0	8
		% del total	.3%	.6%	1.1%	.3%	.0%	.0%	2.3%
		Residuos tipificados	-1.2	-.9	3.8	3.0	-.3	-.2	
	Muy confusa	Recuento	0	3	1	0	1	0	5
		% del total	.0%	.9%	.3%	.0%	.3%	.0%	1.4%
		Residuos tipificados	-1.4	.4	.8	-.2	4.6	-.2	
	No sabe/No responde	Recuento	2	5	3	0	0	0	10
		% del total	.6%	1.4%	.9%	.0%	.0%	.0%	2.9%
		Residuos tipificados	-1.0	.1	2.2	-.3	-.3	-.2	
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2= 186.262$ $P=0.0001$

La siguiente tabla 10 se muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo durante su estancia en este servicio, ¿les brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud o no? La respuesta más significativa fue en la atención Regular (espontánea) con “No” con un residual tipificado de 3.8, seguido con la opción de respuesta de satisfacción mala también con “No” con un residual tipificado de 1.8. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 35.873 con un valor de $P = 0.0001$, lo cual nos habla de una asociación significativa entre la información a sus familiares acerca de su estado de salud y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

En la figura 16 se muestra la frecuencia acerca de si brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud y tabla 10 muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud.

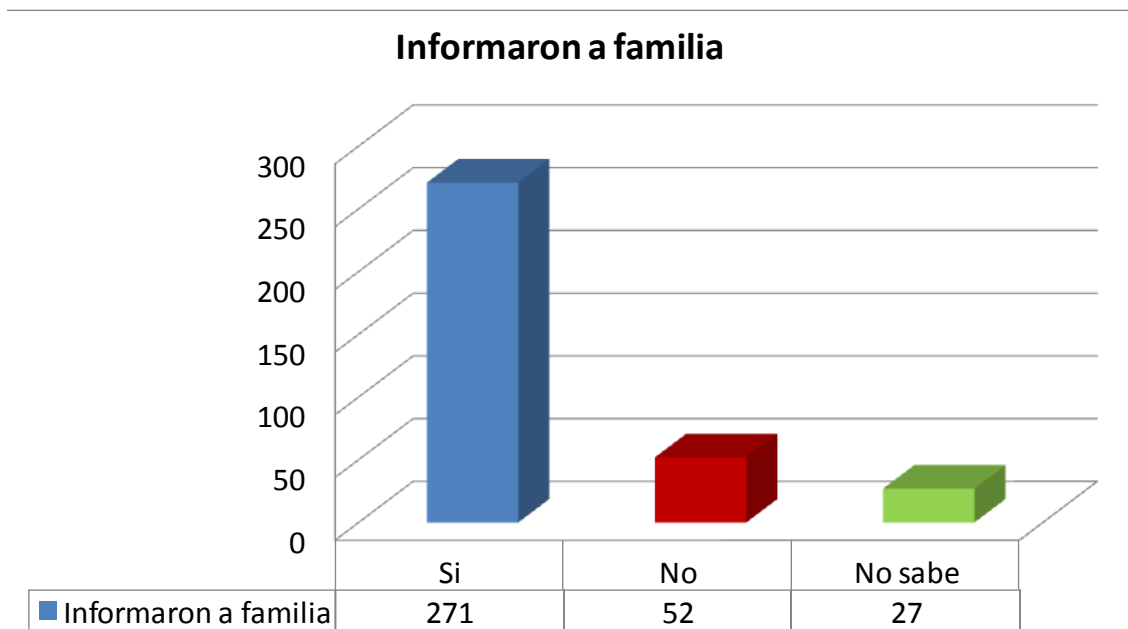


Figura 16. Frecuencia si brindaron información a sus familiares acerca del estado de salud o padecimiento.

Tabla 10. Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo durante su estancia en este servicio, ¿le brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud o no?

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?						Total
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala	No sabe/No responde	
Durante su estancia en este servicio, ¿le brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud o no?	Si	Recuento	124	126	16	1	2	2	271
		% del total	35.4%	36.0%	4.6%	.3%	.6%	.6%	77.4%
		Residuos tipificados	1.3	-.3	-1.8	-1.2	-.2	.4	
	No	Recuento	8	28	13	2	1	0	52
		% del total	2.3%	8.0%	3.7%	.6%	.3%	.0%	14.9%
		Residuos tipificados	-2.9	.6	3.8	1.8	.8	-.5	
	No sabe/No responde	Recuento	10	13	3	1	0	0	27
		% del total	2.9%	3.7%	.9%	.3%	.0%	.0%	7.7%
		Residuos tipificados	-.3	.0	.3	1.2	-.5	-.4	
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2= 35.873$; $P=0.0001$

Al analizar la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo En la visita del día de hoy a esta unidad, ¿Usted recibió buen trato, o no? tabla 11. La respuesta más significativa fue mala en “No” con un residual tipificado de 10.4, seguido con la opción de respuesta de satisfacción Regular (espontánea) también con “No” con un residual tipificado de 5.6. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 167.234 con un valor de $P = 0.0001$, lo cual nos habla de

una asociación significativa entre el trato recibido en su atención y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

Tabla 11. Contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo En la visita del día de hoy a esta unidad, ¿Usted recibió buen trato, o no?

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?					Total
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala		No sabe/No responde
En la visita del día de hoy a esta unidad, ¿Usted recibió buen trato, o no?	Si	Recuento	139	163	23	0	2	329
		% del total	39.7%	46.6%	6.6%	.0%	.6%	94.0%
		Residuos tipificados	.5	.5	-1.3	-1.9	-.5	.1
	No	Recuento	0	0	7	4	1	12
		% del total	.0%	.0%	2.0%	1.1%	.3%	3.4%
		Residuos tipificados	-2.2	-2.4	5.6	10.4	2.8	-3
	No sabe/No responde	Recuento	3	4	2	0	0	9
		% del total	.9%	1.1%	.6%	.0%	.0%	2.6%
		Residuos tipificados	-.3	-.1	1.3	-.3	-.3	-.2
Total	Recuento	142	167	32	4	3	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2= 167.234$; $P=0.0001$

En la figura 17 se muestra la frecuencia sobre el trato recibido en urgencias y tabla 11 muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo acerca del trato recibido en urgencias.



Figura 17. Frecuencia sobre el trato recibido en urgencias

La siguiente tabla 12 se muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo ¿Por qué no recomendaría a esta unidad? La respuesta más significativa fue en la atención No sabe/no responde con no estuvo de acuerdo con el tratamiento con un residual tipificado de 9.2, seguido con la opción de respuesta de satisfacción muy mala con no estuvo de acuerdo con el diagnóstico con un residual tipificado de 4.2. Estas respuestas tuvieron un valor de Chi cuadrado 191.237 con un valor de $P = 0.0001$, lo cual nos habla de una asociación significativa entre el por qué no recomendaría a esta unidad y la satisfacción de la atención en el servicio de urgencias.

En la figura 18 se muestra la frecuencia del porque no recomendaria esta unidad y tabla 12 muestra la contingencia de la satisfacción de la atención con el reactivo porque no recomendaria a esta unidad.

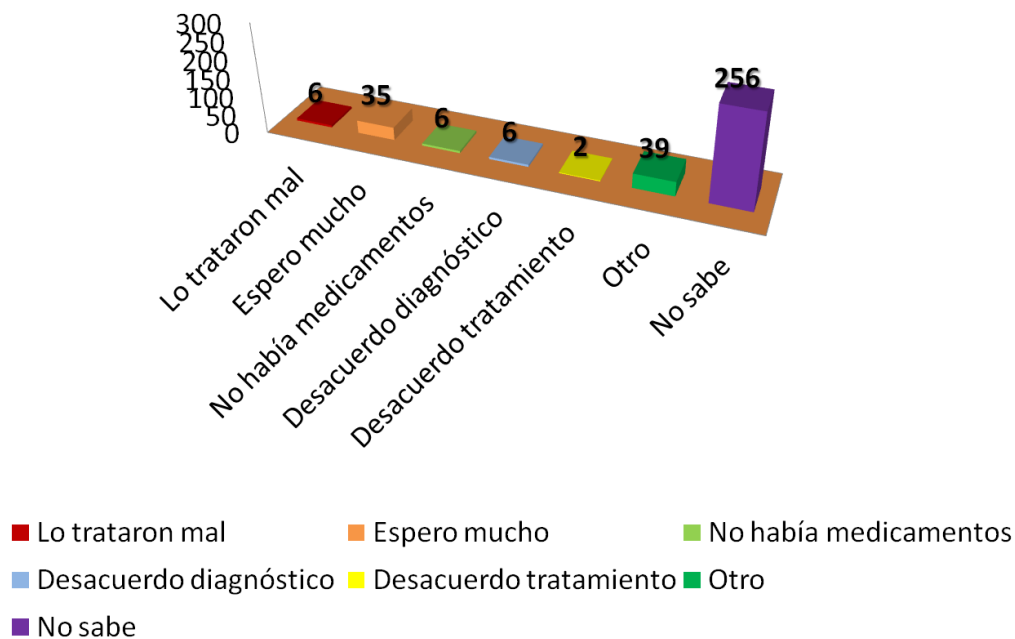


Figura 18. Frecuencia del porque no recomendaria esta unidad

Tabla 12. Contingencia de la satisfacción de la atención con la descripción del reactivo ¿Por qué no recomendaría a esta unidad?

Tabla de contingencia

			¿Como calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?					Total	
			Muy buena	Buena	Regular (Espontánea)	Mala	Muy mala		No sabe/No responde
¿Porque no recomendaría a esta unidad?	Lo trataron mal	Recuento	1	1	3	1	0	0	6
		% del total	.3%	.3%	.9%	.3%	.0%	.0%	1.7%
		Residuos tipificados	-.9	-1.1	3.3	3.6	-2	-2	
	Tuvo que esperar mucho tiempo	Recuento	9	13	9	2	2	0	35
		% del total	2.6%	3.7%	2.6%	.6%	.6%	.0%	10.0%
		Residuos tipificados	-1.4	-.9	3.2	2.5	3.1	-4	
	No había medicamentos	Recuento	1	3	2	0	0	0	6
		% del total	.3%	.9%	.6%	.0%	.0%	.0%	1.7%
		Residuos tipificados	-.9	.1	2.0	-.3	-.2	-.2	
	No estuvo de acuerdo con el diagnóstico	Recuento	0	3	2	0	1	0	6
		% del total	.0%	.9%	.6%	.0%	.3%	.0%	1.7%
		Residuos tipificados	-1.6	.1	2.0	-.3	4.2	-2	
	No estuvo de acuerdo con el tratamiento	Recuento	0	0	1	0	0	1	2
		% del total	.0%	.0%	.3%	.0%	.0%	.3%	.6%
		Residuos tipificados	-.9	-1.0	1.9	-.2	-.1	9.2	
	Otro	Recuento	21	14	3	1	0	0	39
		% del total	6.0%	4.0%	.9%	.3%	.0%	.0%	11.1%
		Residuos tipificados	1.3	-1.1	-.3	.8	-.6	-.5	
No sabe/No responde	Recuento	110	133	12	0	0	1	256	
	% del total	31.4%	38.0%	3.4%	.0%	.0%	.3%	73.1%	
	Residuos tipificados	.6	1.0	-2.4	-1.7	-1.5	-.4		
Total	Recuento	142	167	32	4	3	2	350	
	% del total	40.6%	47.7%	9.1%	1.1%	.9%	.6%	100.0%	

Chi-cuadrada de Pearson $X^2= 191.237$; $P=0.0001$

Dentro de las respuestas “otros” realizadas por los pacientes se encuentran las siguientes respuestas que opinaron los pacientes para que influyera en una satisfacción de la atención mala o muy mala:

- 1) Inconformidad por retardo en atención al momento enlaces de turno nocturno/matutino
- 2) Saturación de pacientes en enlace turno matutino/vespertino a partir de las 11:00 hrs se empieza a saturar (enviados de UMF por no alcanzar consulta) y a partir de las 13:00 hrs urgencias dejan de atender en turno matutino y vespertino/nocturno a partir de las 19:00 hrs.
- 3) Horarios de atención muerta: Turno matutino de las 06:30 hrs a 7:50 hrs y en ocasiones hasta 08:10 hrs, mismo turno matutino de 10:00 a 11:00 hrs (desayuno personal 1ero medico, luego enfermería y asistente) llegando a prolongarse hasta 11:40 hrs. En el Turno vespertino de 19:00 a 19:30 hrs (cena).
- 4) Turno nocturno principalmente viernes y sábado ausentismo alterno de personal tanto medico como asistente, así mismo martes, jueves desde las 01:00 a las 06:30 hrs sólo se queda un médico en urgencias.

Dx

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Abdomen agudo	3	.9	.9	.9
	Aborto completo 9.2 sem	1	.3	.3	1.1
	Amenaza parto prematuro 27 sem	1	.3	.3	1.4
	Amenaza parto prematuro 34sem	1	.3	.3	1.7
	Amigdalitis bacteriana	1	.3	.3	2.0
	Anemia grado III	1	.3	.3	2.3
	Anemia severa (transfusión sanguínea)	1	.3	.3	2.6
	Angina inestable	1	.3	.3	2.9
	Angioedema severo	1	.3	.3	3.1
	Apendicitis complicada	1	.3	.3	3.4
	Arritmia letal	1	.3	.3	3.7
	Asma bronquial/Crisis Hipertensiva	1	.3	.3	4.0
	Bloqueo cardiaco 3er grado	2	.6	.6	4.6
	Bloqueo cardiaco 3er grado + IRC	1	.3	.3	4.9
	Bradiarritmia	1	.3	.3	5.1
	Bradiarritmia/ Crisis Hipertensiva	1	.3	.3	5.4
	Bradiarritmia/Hiperkalemia/IRC terminal	1	.3	.3	5.7
	Bradycardia sintomática	1	.3	.3	6.0
	Bradycardia sinusal	1	.3	.3	6.3
	Bradycardia sinusal/ Hiponatremia	1	.3	.3	6.6
	Bradycardia/ HAS descontrolada	1	.3	.3	6.9
	Brucelosis/ Lumbociatalgia	1	.3	.3	7.1
	Ca hepatocelular/Paracentesis	1	.3	.3	7.4
	Cancer riñón/Transfusión sanguínea	1	.3	.3	7.7
	Cefalea crónica	1	.3	.3	8.0
	Cefalea Migrañosa	1	.3	.3	8.3
	Celulitis pierna izquierda	1	.3	.3	8.6
	Cervicovaginitis en embarazo	1	.3	.3	8.9
	Choque hipovolemico	1	.3	.3	9.1
	Cistitis	2	.6	.6	9.7
	Cistitis hemorrágica	1	.3	.3	10.0
	Cistitis/ Trastornos Funcionales Colon	1	.3	.3	10.3
	Colecistitis crónica litiasica	3	.9	.9	11.1
	Colecistitis perforada	1	.3	.3	11.4
	Colecistitis/cólico vesicular	1	.3	.3	11.7
	Colico biliar	2	.6	.6	12.3
	Cólico Biliar	1	.3	.3	12.6
	Colico renoureteral derecho	1	.3	.3	12.9
	Colico renoureteral izquierdo	1	.3	.3	13.1
	Colico renoureteral/Prediabetes	1	.3	.3	13.4
	Colico renouteral derecho	1	.3	.3	13.7
	Colico vesicular	1	.3	.3	14.0
	Colitis/ DM2 descontrolada	1	.3	.3	14.3
	Colon espastico	6	1.7	1.7	16.0
	Colon espastico + Amigdalitis	2	.6	.6	16.6
	Colon espastico/ IVU	1	.3	.3	16.9
	Constipación intestinal	1	.3	.3	17.1
	Contusion simple toracica	3	.9	.9	18.0
	Crisis Ansiedad	2	.6	.6	18.6
	Crisis Asmatica	1	.3	.3	18.9
	Crisis hipertensiva	2	.6	.6	19.4
	Crisis Hipertensiva	2	.6	.6	20.0
	Crisis Hipertensiva (urgencia)	1	.3	.3	20.3
	Crisis Hipertensiva + Gastritis erosiva	1	.3	.3	20.6
	Crisis Hipertensiva tipo urgencia	5	1.4	1.4	22.0
	Crisis Hipertensiva/ Bradycardia sinusal	1	.3	.3	22.3
	Crisis Hipertensiva/ Epixtasis	1	.3	.3	22.6
	Crisis Hipertensiva/ SICA	1	.3	.3	22.9
	Crisis Hipertensiva/IRC	1	.3	.3	23.1
	Demencia senil	1	.3	.3	23.4
	Derrame pleural derecho/ IRC	1	.3	.3	23.7
	Derrame pleural iza/Fibrosis pulmonar	1	.3	.3	24.0

Desnutrición/ Sx. Abandono social	1	.3	.3	24.3
Diabetes descontrolada	2	.6	.6	24.9
Diabetes descontrolada/urosepsis	1	.3	.3	25.1
Diabetes mal controlada	2	.6	.6	25.7
Diabetes mellitus debutante	1	.3	.3	26.0
Diabetes mellitus descontrolada	1	.3	.3	26.3
Diabetes Mellitus descontrolada	3	.9	.9	27.1
Diarrea Crónica	1	.3	.3	27.4
Dismetria pélvica/Lumbalgia	1	.3	.3	27.7
Distension ligamentaria rodilla der	1	.3	.3	28.0
DM descontrolada (hiperglucemia)	1	.3	.3	28.3
DM2 descontrolada	2	.6	.6	28.9
DM2 descontrolada/ Hiperuricemia	1	.3	.3	29.1
Dolor abdominal agudo/IRC	1	.3	.3	29.4
Dorsalgia traumática sistematizada	1	.3	.3	29.7
Ectasia Pielocalicial leve	1	.3	.3	30.0
Ectasia renal izquierda/ Urolitiasis	1	.3	.3	30.3
Embarazo 12.6 sem normoevolutivo	1	.3	.3	30.6
Embarazo 17 sem normoevolutivo	1	.3	.3	30.9
Embarazo 28 SDG / IVU	1	.3	.3	31.1
Embarazo 30 sem/Taquicardia Fetal	1	.3	.3	31.4
Embarazo 36 sem/SFA/ Pb. RPM	1	.3	.3	31.7
Embarazo 36.2 sem con T de P	1	.3	.3	32.0
Embarazo 38 sem normoevolutivo	1	.3	.3	32.3
Embarazo 39 sem/ HAS	1	.3	.3	32.6
Embarazo 41 semanas/Preclampsia	1	.3	.3	32.9
Embarazo 6 semanas normal	1	.3	.3	33.1
Encefalopatía hipoxica	1	.3	.3	33.4
Enfermedad Hipertensiva Embarazo	1	.3	.3	33.7
Enfermedad Nodo Sinusal	1	.3	.3	34.0
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	1	.3	.3	34.3
EPOC Agudizado	1	.3	.3	34.6
EPOC Agudizado	4	1.1	1.1	35.7
EPOC Agudizado/Neumonía	1	.3	.3	36.0
Esguince cervical	1	.3	.3	36.3
Esguince cervical + Dorsalgia	1	.3	.3	36.6
Esguince rodilla izquierda	1	.3	.3	36.9
Esguince tobillo derecho	1	.3	.3	37.1

DISCUSIÓN

El estudio de la satisfacción se ha convertido en un instrumento de valor creciente en la investigación en servicios sanitarios ^(33, 34, 35). La opinión de los pacientes nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con las expectativas ⁽³⁶⁾.

La finalidad de esta investigación fue evaluar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, teniendo en cuenta la oferta y la demanda actual, y así programar el mejoramiento de los procesos de atención del Servicio; y de esta manera asegurar que todos los derechohabientes reciban la atención adecuada con calidad y calidez ^(37, 38).

En los servicios de urgencias, la atención de cualquier problema urgente requiere una secuencia de actividades coordinadas de forma compleja entre diferentes tipos de profesionales, que deben producirse justo en el momento oportuno ⁽³⁰⁾.

Entre estos aspectos se encuentran: la puntualidad del servicio, la oportunidad en la atención del paciente, la amabilidad del personal de salud y asistentes, la limpieza del lugar, la infraestructura ofrecida, la presentación del personal, el nivel del trato humano, la capacidad técnico médica, el nivel de información sobre la enfermedad, etc. Es decir, aspectos que influyen de forma muy decisiva en la calidad que percibirá el paciente y sus acompañantes, como son transmitir la sensación de que pueden estar seguros de que la organización funciona, que el trato personal es adecuado y que la información se ofrecen cada momento del proceso asistencial.

La sobrecarga de un servicio de urgencias, mala utilización de los servicios por urgencias menores o no reales y estancias innecesarias en urgencias (estudios de laboratorio y gabinete no necesarios), genera cargas de trabajo para los médicos y enfermeras que rebasan su capacidad en tiempo para su jornada de trabajo. El tiempo limitado por paciente genera que

inconscientemente se pasen desapercibidos datos importantes al interrogatorio o tratamiento y la posibilidad de omisiones diagnósticas, son elementos frecuentes de muchos servicios de urgencias.

En este estudio donde se evaluó la satisfacción de la atención recibida en 350 pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Subzona No. 7 con sede en La Piedad, Michoacán, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los resultados obtenidos respecto a la satisfacción por la atención médica otorgada de los pacientes muestran una satisfacción muy buena en el 40.6 % (142) predominando las urgencias reales (72), buena en el 47.7%(167) de las cuales la mayoría fueron urgencias sentidas (101) y una satisfacción muy mala en el 0.9% (3). Estudios similares realizados en 33 hospitales que incluyen 26 hospitales generales, un hospital regional y 6 hospitales de especialidades del distrito federal y aéreas urbanas de los estados ²⁴⁾ señalan que sólo el 48% de usuarios percibe la calidad de atención ofrecida en el servicio de emergencia como de buena calidad, mientras que el 45% la percibe como de regular calidad.

En el estudio realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Perú (2002) donde miden la calidad de la atención global del servicio de emergencia ⁽³⁹⁾, señalan que sólo el 48% de usuarios percibe la calidad de atención ofrecida en el servicio de emergencia como de buena calidad, mientras que el 45% la percibe como de regular calidad; es decir, menos de la mitad de los usuarios que acudieron al servicio de emergencia consideraron la atención recibida como buena.

Dentro de los factores percibidos que inciden en insatisfacción: como se tenía contemplado en nuestra hipótesis va en relación al tiempo que paso para recibir atención las respuestas más significativas fue la atención regular con más de una hora y consideran el tiempo de espera muy largo similar al estudio de Pérez-Golz, en el Hospital General Regional 1, Querétaro (2006), y el de Ortiz Espinosa en instituciones de salud de Hidalgo (2003) en los cuales el tiempo que esperó el usuario para pasar a consulta resultó ser el reactivo peor valorado. Esto es de suma importancia ya que de acuerdo a la cruzada nacional por la calidad, el

estándar nacional del tiempo de espera en urgencias es de 15 minutos, lo que significa que el tiempo de espera en urgencias es casi similar al tiempo esperado en consulta externa ^(47,48); también dentro de otros factores que consideran los pacientes para considerar mala atención está el factor de percepción del paciente de que el personal de salud está mal organizado seguido de la opción de que la atención es mala por lentitud del médico, así también por el envío a la realización de otros estudios (exámenes laboratorio, rayos x y ultrasonido). Otro factor de importancia fue el tiempo que tardó en pasar de urgencias a hospitalización con respuesta regular con el tiempo de más de 8 horas, así como la falta de comunicación con el paciente y familia al considerar insuficiente y confusa la información que se les proporciona. En el mismo estudio de Pérez-Golz aproximadamente la mitad de los pacientes (48 %) indicó sentirse regularmente satisfechos con la explicación del médico sobre los cuidados que debe seguir ⁽⁴⁷⁾. Debemos considerar que el tiempo de espera percibido por los usuarios de urgencias puede estar sobreestimado por la ansiedad e incertidumbre y por ser un tiempo de espera no ocupado ni explicado.

Respecto a por qué no recomendaría la atención en esta unidad la respuesta más significativa responde con no estuvo de acuerdo con el tratamiento, en donde el paciente espera del médico como cabeza del equipo de salud y con el conocimiento de los problemas médicos y muchas veces sociales de los pacientes, que el trato hacia el paciente sea de gran calidez y, en consecuencia, la percepción de los usuarios sea buena.

En el estudio de Ortiz Espinosa ⁽⁴⁸⁾, el 16% refirió que regresaría al mismo hospital por no tener otra opción para su atención y 2% manifestó que no regresaría. Asimismo en ENSANUT 2006-2012 los motivos expresados por quienes no regresarían fueron el tiempo de espera prolongado (28.5%), mal trato (23.6%), desacuerdo con el diagnóstico o el tratamiento (20.8%) y falta de medicamentos (15.9%) ⁽⁴⁹⁾. Cuando se preguntaron los motivos de tal apreciación, en todas las instituciones se adujeron los largos tiempos de espera como primera causa de la mala calidad de la atención. En general, en nuestro estudio la percepción de mala calidad se asoció principalmente con los largos tiempos de espera, resultado que coincide con los de estudios similares.

Como en el estudio de los servicios medico asistenciales de la ciudad de corrientes-Argentina en Junio/2001 ⁽⁴⁰⁾ nuestros resultados exhiben un alto grado de disparidad al evaluar el grado de insatisfacción global del derechohabiente que consideran relacionada con la heterogeneidad de expectativas en la población y en las características de los servicios otorgados en urgencias.

Ojala y todos los servicios de urgencias, fueran altamente profesionales, pero la realidad nos muestra otra cosa, el médico especialista en urgencias recién comienza a incorporarse a los hospitales y muchos carecen de ellos ⁽⁵⁰⁾. Todavía se improvisa con personal incompetente, sin el entrenamiento ni la vocación necesaria para ocupar un puesto de las características que demanda un Servicio de urgencias.

Es necesario hacer un estudio más detallado sobre el desempeño de los médicos, para conocer sus habilidades, debilidades y opinión y sean tomadas en cuenta para los planes de capacitación y estímulos.

Las circunstancias que rodean la atención en la sala de urgencias, siempre ha suscitado situaciones de conflicto, estrés, angustia y mucha tensión. Por deficiencias, mala información y poca cultura, el servicio es demandado para atención de todo problema de salud que no puede ser atendido en otras unidades médicas, ya sea por falta de citas en consulta externa, por comodidad para no hacer espera, o por el hecho de que en ese momento se cuente con el tiempo disponible para acudir a consulta, lo que provoca que la sala de urgencias siempre se vea abarrotada por pacientes que en la mayoría de los casos no son urgencias verdaderas, lo que provoca sobrecarga, tardanza para la atención y utilización innecesaria de recursos tanto materiales como humanos, en detrimento de la atención de la verdadera urgencia.

CONCLUSIONES

Sobre el uso de urgencias, acerca de un rendimiento adecuado de los recursos, es necesaria la colaboración de todos los derechohabientes para hacer una utilización correcta de acuerdo a las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema para garantizar la efectividad y la continuidad de las prestaciones del Servicio de Urgencias ^(41,42).

La opinión de los usuarios, como en otros estudios de satisfacción, muestra una valoración positiva general; lo que demuestra que ésta aumenta a medida que el grado de resolución de los Servicios de Urgencias es eficiente, donde la atención, el diagnóstico y, en muchos casos, el tratamiento suelen ser en el acto, lo que produce que el usuario vuelva a su domicilio con la sensación de problema resuelto.

Con los resultados de este trabajo, se pretende implementar estrategias para mejorar la atención médica y optimizar los recursos disponibles en la unidad de atención. Realizando una valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes en función de su grado de urgencia antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de urgencias, con el objetivo de que los pacientes con urgencias reales y sentidas sean atendidos inmediatamente para mejorar su pronóstico de vida ^(43, 44).

En el presente estudio podemos establecer que para el paciente las prioridades son recibir atención con oportunidad, ver satisfechas sus necesidades de salud, recibir un trato digno, amable y respetuoso; personal suficiente y preparado para otorgar la atención que requiere, con seguridad, que se disponga de los recursos suficientes para lograrla y que la atención se otorgue en un ambiente adecuado.

A pesar de esto la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención en nuestro Servicio de Urgencias es buena, ya que cumple expectativas y atención adecuada como lo demuestra la opinión reflejada por los usuarios sobre los aspectos consultados, con un adecuado grado de satisfacción.

Quizás este estudio pudiera servir como una nueva llamada de atención para persistir en esta perspectiva del buen trato y de una mejora del proceso asistencial ⁽⁴⁵⁾, evitando un uso inadecuado de los Servicios de Urgencias atribuibles a los factores que contribuyen a ello, orientando al derechohabiente acudir a recibir asistencias que podrían haberse atendido en consulta externa de medicina familiar, con los recursos al alcance del médico de cabecera.

RECOMENDACIONES

Nuestros pacientes y familiares evaluaron la calidad de un servicio de urgencias como un todo, si algo falla las expectativas de nuestros usuarios no son satisfechas y por lo tanto existirá la inconformidad ⁽⁴⁶⁾. Las acciones médicas son fundamentales para reducir ingresos innecesarios y disminuir el tiempo de estancia en urgencias.

Se debe conformar en el servicio de urgencias:

- 1) Un sistema de Triage efectivo como programa específico.
- 2) Detección intencionada de las complicaciones que acuden a solicitar atención para el diagnóstico y tratamiento oportunos.
- 3) Contribuir a disminuir los tiempos prolongados de espera y los gastos propios que generan la estancia en el servicio de urgencias del paciente por los tratamientos requeridos.

El especialista en medicina de urgencia debe demostrar su valía y su determinación por hacer que su especialidad tenga presencia en el cambio que se requiere en nuestras salas de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Correia Loureiro, S. M., Miranda González, F. J. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa ISSN: 1135-2523, 2010;16 (2): 27-41
- 2) Felisart, J., Requena, J., Roqueta, F., Saura, R. M^a, Suñol, R., Tomás, S. SU: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona (2001).
- 3) Evaluar la calidad asistencial en los servicios de urgencias Emergencias. Enero-Febrero 1997; 9 (1).
- 4) Héctor Gerardo Aguirre-Gas Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica Cir Ciruj Marzo-Abril 2008; 76 (2): 76:187-196
- 5) Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Auditoría Médica. Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas. México: IMSS; 1962.
- 6) Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Evaluación Médica. Instrucciones. México: IMSS; 1972.
- 7) Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. El Expediente Clínico en la Atención Médica. Instrucciones. México: IMSS; 1973.
- 8) González-Montesinos F. Evaluación de la asistencia médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Panamá, 12-18 de noviembre de 1972.
- 9) Hernández-Rodríguez F, Mogollón-Cuevas R, Elizaldo-Galicia H, Pérez Álvarez JJ, Lee-Ramos AF. Observaciones a través de la evaluación del

expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tercera parte. Bol Med IMSS 1976; 18:86.

- 10) Aguirre-Gas H. Calidad de la Atención Médica. Tercera Edición. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). México: Noriega Editores; 2002.
- 11) Aguirre-Gas H. Principios éticos de la práctica médica. Ética clínica. México: Corinter; 2006. pp. 43-60.
- 12) Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality. What do they mean? Am J Public Health 1981; 71: 409.
- 13) Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. Definición y métodos de Evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
- 14) González-Posada J, Merelo-Anaya A, Aguirre-Gas H, Cabrera-Hidalgo JA. Sistemas de evaluación médica. Progresos y perspectivas. Rev Med IMSS 1984; 22:407.
- 15) Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS 1997; 35:257-264.
- 16) Aguirre-Gas H. Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. Cir Cir 1995; 63: 110-114.
- 17) Ruiz-de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública Mex 1990; 32: 158-169.
- 18) Saturno PJ. Acreditación de instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. Manual del Master en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud. Módulo 7: Programas externos. Unidad Temática 38. Universidad de Murcia; 2001.

- 19) Secretaría de Salud, Consejo de Salubridad General, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México: SSA; 2001.
- 20) Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Administración y Calidad. Unidad de Calidad. Premio IMSS de Calidad 2001-2006. México: IMSS; 2006.
- 21) Arroyo, P., Posible papel de los usuarios de los servicios médicos. *Gaceta Médica de México* 1990, 126:292-295.
- 22) Ruelas, E. & Reyes, H., Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública de México* 1990, 32:207-220.
- 23) Donabedian, A., La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. *Salud Pública de México* 1990, 32:113-117.
- 24) Aguirre, H., Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México* 1990, 32:170-180.
- 25) Martínez Ramírez A., Van-Dick Puga M., Nápoles Rodríguez F., Robles Uribe J., Ramos Ramos A., Villaseñor Urrea I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, jul-set, 1996; 12(3):399-403
- 26) KURATA, H.J.; NOGAWA, N. A.; PHILLIPS, M. D.; HOFFMAN, S. & NERBLUN, N. M. Patients and provider satisfaction with medical care. *Journal of Family Practice*, 1992; 35:176-179.
- 27) RUELAS, E. & LEATT, P., Análisis de los problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: IV caracterización cualitativa de los problemas percibidos por los médicos directivos en México e implicaciones educacionales. *Journal of Health Administration Education*, 1985; 3:151-169.

- 28) NAJERA, P.; DURAN-ARENAS, L. & RAMIREZ, T., La calidad de la atención desde la perspectiva de los servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Síntesis Ejecutiva SE-40/91. (mimeo) 1992.
- 29) RUELAS, E. & QUEROL, J., Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud. México, D.F.: Ed. Fundación Mexicana para la Salud. 1994.
- 30) Evaluar la calidad asistencial en los servicios de urgencias Emergencias. Enero-Febrero 1997; 9 (1)
- 31) Peña VR. Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días Revista Mexicana de Medicina de Urgencias 2002; 1 (1): 31-36
- 32) Villatoro A. Definiciones básicas en medicina de urgencias. México 2005. Consultado el día 29 de octubre del 2013 en: http://www.medinet.net.mx/ammu/materiales/definiciones_utiles.html
- 33) Donabedian, Avedís. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. 1a ed. México, 1990.
- 34) Chang de la rosa, Martha, Aleman Lage, María del Carmen, García Roche, René et al. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997. Rev. Cubana Salud Pública, jul.-dic. 2000, vol.26, no.2, p.110-116. ISSN 0864-3466.
- 35) BelloJde Lellis, M. "Modelo Social de Prácticas de Salud: Comportamientos familiares para el cuidado y recuperación de la salud. (pág. 27 a 37) Ed. Proa XXI Bs. Aires 2001
- 36) De la Fuente-Rodríguez, A. Fernández-Lerones, M^a J. Hoyos-Valencia, Y. León-Rodríguez, C. Zuloaga-Mendiola, C y Ruiz-Garrido, M Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira.zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial 256/pdf

- 37) Yhosida K. Revisiting Deming's 14 points in light of Japanese business practices. *Quali Management J* 1944; fall: 14-42.
- 38) Blanco Rivero, Luis . Productividad- Factor estratégico de competitividad a nivel global. Colombia. Primera edición. Escuela colombiana de Ingeniería. 1999
- 39) Timaná Yenque Lilliana. Magister. Tesis: percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión - Callao – Rev. Gestión Sanitaria. Perú.-2002.
- 40) Marcos Edgardo, Gómez Juan, Ramos Miguel. Nivel de Insatisfacción del usuario en servicios medico asistenciales de la ciudad de corrientes-Argentina *Revista de Postgrado de la Cátedra Via Medicina* N° 105 - Junio/2001 Página: 24-28.
- 41) Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia Centros de asistencia - Salud Informa. www.saludinforma.es/ Consultada 28-9-12.
- 42) Fuentes Vázquez, R M^a. Sariñana Ortiz, M. Carrasco Solís, N. Cruz Grajales, M^a N. Sadex. Org. Org revista/5. Expectativas del usuario en urgencias. Seminario de investigación-urgencias. blogspot.com. Consultada 3-12-12.
- 43) Jekel JF, Elmore JG, Fatz DL. *Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine*. Philadelphia: Saunders 1996:28-9.
- 44) Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital The HOMER randomised controlled trial. *Br Med J* 2005; 330:293-7.

45) Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. E. T. López Madurga, J. Mozota Duarte, I. González Salvatierra, Y. Sánchez Torres, N. Enríquez Martín, J. Moliner Lahoz. Servicio de medicina preventiva y servicio de urgencias. Hospital clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

Emergencias 1999;11: 184-190

46) Calidad total-EFQM-ISO 9000. Diferencias y similitudes. Improven consultores. Octubre del 2001

www.improven-consultores.com/paginas/documentos_Graticos/iso_efqm.php

47) Pérez-Golz, R; Vega-Malagón, G;Martínez-Martínez, M. Satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias en un hospital de segundo nivel. Rev Med IMSS 2009; 47(6):637-642.

48) Ortiz Espinosa R, Muñoz Juárez S, Lechuga Martín del Campo D, Torres Carreño E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health; 13(4) ,2003.

49) ENSANUT 2006-2012 Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud: estándares y mejora organizacional

50) Ma. De los Ángeles Ramírez Ambriz, Yu-Li Huang. Modelo descriptivo del tiempo de espera del paciente de consulta externa: Unidad IMSS en Cd. Juárez, Chih. México. Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Cd. Juárez Vol.4; No. 1, 2012. ISSN 1946-5351 ONLINE

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DE UNIDADES
MÉDICAS DEL IMSS

Delegación: Michoacán		Unidad médica: Hospital General Sub Zona 7 La Piedad, Michoacán	
Fecha:	Hora inicio atención:	Hora término atención:	
Paciente:	NSS:	UMF de adscripción:	
Edad: años	Escolaridad:	Urgencia: Real ____ Sentida ____	Destino:
Diagnóstico:		Triage:	
Nombre encuestador:			

- Desde su llegada al servicio de urgencias hasta que la (o) atendió el médico, ¿Cuánto tiempo pasó?
 - Menos de 30 minutos
 - De 30 a 45 minutos
 - De 46 minutos a una hora
 - Más de una hora
 - No sabe/No responde
- ¿Cómo considera el tiempo que espero?
 - Muy corto
 - Corto
 - Normal (Espontánea)
 - Largo
 - Muy Largo
 - No sabe/No responde
- ¿A qué atribuye esa espera?
 - Falta de espacio en el área de 1er contacto
 - Hay mucha gente
 - Lentitud del médico
 - Ausencia del personal/no están en su lugar
 - Están mal organizados
 - Cambio de turno
 - Los médicos estaban ocupados
 - Otro
(Especifique) _____
 - No sabe/No responde
- Una vez que lo atendió el médico, ¿a qué servicio pasó?
 - Hospitalización (cama)
 - Observación
 - Laboratorio
 - Otros estudios
 - Quirófano (cirugía)
 - Alta/medicina familiar
 - No sabe/No responde
- ¿Cuánto tiempo tardó en pasar de observación de urgencias a cama de hospitalización?
 - Menos de 4 horas
 - Entre 4 hrs 1 min y 6 horas
 - Entre 6 hrs 1 min y 8 horas
 - Más de 8 hrs
 - No Sabe/No responde
- El médico de urgencias que le atendió ¿le hizo preguntas sobre su estado de salud o padecimiento?
 - Sí
 - No
 - No Sabe/No responde
- ¿El médico de urgencias le dio una explicación de su estado de salud o padecimiento?
 - Sí
 - No
 - No Sabe/No responde



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE DERECHAHIENTES USUARIOS DE UNIDADES
MÉDICAS DEL IMSS

8. ¿Qué tan clara, o confusa fue la explicación del médico de urgencias?
- Muy clara
 - Clara
 - Regular (Espontánea)
 - Confusa
 - Muy confusa
 - No sabe/No responde
9. Durante su estancia en este servicio, ¿le brindaron información a sus familiares acerca de su estado de salud, o no?
- Sí
 - No
 - No Sabe/No responde
10. ¿Cómo calificaría la atención que le dieron en el servicio de urgencias?
- Muy buena
 - Buena
 - Regular (Espontánea)
 - Mala
 - Muy Mala
 - No sabe/No responde
11. En la visita del día de hoy a esta unidad, ¿usted recibió un buen trato, o no?
- Sí
 - No
 - No Sabe/No responde

Sólo calificará el trato si tuvo contacto con las siguientes personas

Durante la consulta del día de hoy, ¿tuvo contacto con (...)?	¿Cómo calificaría el trato o atención que le brindó (...) de esta unidad?*							
	Sí	No	MB	B	Reg (Esp)	M	MM	Ns/Nr
Asistente médico								
Médico responsable								
Otro Médico								
Enfermera (o)								
Orientador (a) TAOD								
Personal de Rayos X								
Personal de Laboratorio								
Camillero								
Personal de limpieza								
Personal de Trabajo social								
Personal de Vigilancia								

TAOD. Técnica en Atención y Orientación al Derechohabiente

* MB. Muy bueno; B. Bueno; *Reg. Regular (Espontáneo)*; M. Malo; MM. Muy malo, Ns/Nr. NO SABE/NO RESPONDE

12. ¿Por qué no recomendaría a esta unidad?
- Lo trataron mal
 - Tuvo que esperar mucho tiempo
 - No había medicamentos
 - No estuvo de acuerdo con el diagnóstico
 - No estuvo de acuerdo con el tratamiento
 - Otro _____ (Especifique)
 - No Sabe/No Responde

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General Regional N° 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

Lugar y Fecha : La Piedad, Michoacán, a de
de 2013

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación
titulado:

**“Satisfacción de los pacientes atendidos en Servicio de Urgencias del
Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán.”**

Registrado ante El Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en
Salud Instituto Mexicano del Seguro Social con el número **R-2013-1603-16**.

El objetivo del

estudio es: Determinar el grado de satisfacción y analizar los
factores que puedan influir en la percepción de la
calidad de la atención recibida por los usuarios
que acuden al servicio de urgencias del Hospital
General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán

Se me ha

explicado que mi

participación

consistirá en:

El Médico me realizará una serie de preguntas
relacionadas con mi estado de salud y contestaré una
encuesta donde me preguntan acerca de mi satisfacción
que tengo del servicio recibido.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles
riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi
participación en el estudio, que son los siguientes:

NO existe ningún riesgo para la salud con mi

participación en este estudio

BENEFICIOS : No existe un beneficio específico en mi persona, sin embargo participaré con mi respuesta para mejorar el servicio de urgencias.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse de 8:00 a 15:00 hrs, de lunes a viernes a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC de IMSS : Avenidada Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre Completo del Participante

Firma del Participante

FIRMA DEL ENCARGADO DE OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre del encargado de obtener el consentimiento informado

Firma del encargado de obtener el CI

FIRMA DEL TESTIGO

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 03/12/2013

DR. FRANCISCO FLORES OROZCO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Satisfacción de los pacientes atendidos en Servicio de Urgencias del Hospital General Sub-zona 7 IMSS; La Piedad, Michoacán.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1603-16

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Facultad de Medicina UNAM
División Estudios de Posgrado
Subdivisión de Especializaciones Médicas
IMSS HGR # 1 Morelia



Dra. Irma Hernández Castro

Coordinador de Educación e Investigación en el
H.G.R. # 1 Morelia

Dr. Carlos E. Añorve Gallardo

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina de Urgencias

Dr. Joel Nicolás Martínez Cruz

Asesor Titular

Dra. Anel Gómez García

Asesor metodológico

