



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

**UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No 47
LEÓN, GUANAJUATO**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS
DERECHOHABIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DEL TURNO MATUTINO EN LA UMF 47 DE LEÓN,
GUANAJUATO”**

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

PRESENTA:

Dr. Juan Cisneros Reyna

LEÓN, GUANAJUATO

2016



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).

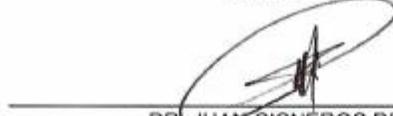
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS
DERECHOHABIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DEL TURNO MATUTINO EN LA UMF 47 DE LEÓN,
GUANAJUATO”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

PRESENTA



DR. JUAN CISNEROS REYNA
Investigador responsable
Matrícula: 99114272
Teléfono: 01 473 7 324835
Correo electrónico: med_john@hotmail.com

AUTORIZACIONES



DRA. MAYRA TANIVET LÓPEZ CARRERA
ASESOR DE TESIS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 47
LEÓN, GUANAJUATO, MATRÍCULA 11702125
CEL. 4772234646
mayra.lopez@imss.gob.mx



DRA. MAYRA TANIVET LÓPEZ CARRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 47
LEÓN, GUANAJUATO, MATRÍCULA 11702125
CEL. 4772234646
mayra.lopez@imss.gob.mx



DRA. ALICIA CAMACHO GUERRERO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN E SALUD
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN UMF No. 47, MATRÍCULA 99111668
TELÉFONO 7163737 EXT 31407
aliciacamacho@imss.gob.com

LEÓN, GUANAJUATO

2016

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS
DERECHOHABIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DEL TURNO MATUTINO EN LA UMF 47 DE LEÓN,
GUANAJUATO”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

DR. JUAN CISNEROS REYNA

AUTORIZACIONES

~~AUTORIZACIONES~~

~~DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~

~~DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~

~~DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.~~

LEÓN, GUANAJUATO

2016

RESUMEN	5
I. TITULO	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	8
Antecedentes históricos.....	8
Evaluación de la calidad.....	20
JUSTIFICACIÓN	21
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
OBJETIVOS	23
Objetivo General.....	23
Objetivos específicos.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
TIPO DE ESTUDIO.....	24
LUGAR Y TIEMPO	24
POBLACIÓN EN ESTUDIO	24
1. Tamaño de la muestra	24
Muestreo.....	25
Criterios de selección:.....	25
Criterios de inclusión:	25
Criterios de exclusión:	25
Criterios de eliminación:	26
VARIABLES	26
Recolección de datos.....	28
Método de recolección:.....	28
Instrumento de recolección:.....	28
Procedimiento	29
Análisis estadístico	29
RECURSOS	30
ASPECTOS ÉTICOS	31
RESULTADOS.....	33
III. DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	49
CUESTIONARIO PARA APLICACIÓN A PACIENTES.....	49
Cuestionario de escala de Likert.....	49
CONSENTIMIENTO INFORMADO	50
SIRELCIS.....	51

RESUMEN

“Evaluación de la calidad de atención de los derechohabientes de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa del turno matutino en la UMF 47 de León, Guanajuato”

Antecedentes: El conocimiento científico y técnico puede generar productos de alta calidad, pero es la aceptación y satisfacción del derechohabiente la que finalmente valida el proceso de la atención. La Calidad de los Servicios de Salud enmarca la Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia como conceptos claves para la satisfacción del derechohabiente, todo esto con el único fin de generar mejor calidad en la atención y un trato digno al derechohabiente que acude a consulta externa de Medicina Familiar en el Instituto Mexicano de Seguro Social.

Objetivo: Evaluar la calidad de atención de los derechohabiente de 20 a 59 años que acude a la consulta externa del turno matutino de la UMF 47, León Guanajuato.

Material Y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico, con derechohabientes de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa del turno matutino en la UMF 47 de León, Guanajuato, durante los meses de enero a abril de 2015, los resultados se capturaron en Excel y se analizaron con estadística descriptiva.

Resultados:

Conclusiones:

Palabras clave: Evaluación, Calidad de atención, derechohabientes

I. TITULO

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS
DERECHOHABIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL TURNO MATUTINO EN LA UMF 47
DE
LEÓN, GUANAJUATO”**

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Históricamente, los Servicios de Salud no han buscado permanentemente la excelencia, ni poseer calidad técnica o intrínseca, sino producir actos de calidad y que esta sea percibida por el derechohabiente.

La calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención y no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo y es una cualidad objetivable y mensurable.

El desafío de la OMS es ofrecer a los países, organismos donantes, organizaciones internacionales y otros interesados la información que necesitan para tomar sus decisiones sobre políticas y financiación en los temas de la salud internacional, evaluando, de modo tal que pueda ser objetivo y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

En nuestro país es necesario fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras gubernamentales para la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención, induciendo en el sector transformaciones en ese sentido como un proceso continuo, permanente y uniforme para todos los subsectores del sector salud y en forma consensuada con las jurisdicciones provinciales y municipales.

De la experiencia que se ha tenido en nuestro país con la implantación de programas de evaluación de calidad en los servicios de salud y tomando en cuenta que la UMF 47 por su ubicación, es la clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, con mayor afluencia de derechohabientes en el estado de Guanajuato y se cuentan con pocos estudios de evaluación de calidad en la consulta externa, el presente estudio pretende dar a conocer como evaluación los derechohabientes la atención medica recibida en la consulta externa.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos.

Dentro de las preocupaciones del ser humano desde que apareció en la faz de la Tierra, una de las más importantes ha sido la atención de su cuerpo para librarse de las enfermedades, pues padecerlas lo limitó ante las adversidades del exterior y fue desde la antigüedad que se crearon leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras fue el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. (1)

Tanto en Grecia como en Roma, el ejercicio de la Medicina fue una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a ella ningún título ni diploma, sino sólo la bienvenida del público. Es ahí donde nace el juramento hipocrático, que señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo. (2)

Para principios de 1329 se intentan reglamentar algunos de los aspectos de la relación médico-paciente, centrandó su atención en los enfermos graves, y en la obligación que los médicos y los cirujanos tenían de llamar previamente al confesor, o bien, advertir al paciente de la necesidad que tenía de confesarse. (2)

Al finalizar la Edad Media, y con la llegada del Renacimiento, en España se crea el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1447 por los Reyes Católicos, con la finalidad de dar calidad en la atención sanitaria; institución que pasó luego a las colonias americanas. (2).

Durante los siglos XVIII y XIX, en Europa y en los Estados Unidos de América se inició la fundación de sociedades médicas, así como la realización de congresos científicos y publicación de periódicos y revistas, con el fin de mejorar la atención a la salud. (2)

En el siglo XIX en la Rusia zarista, la deplorable situación económica en que tras su liberación quedaron los campesinos pobres, obligó al poder central, en 1867, a suministrar asistencia médica gratuita, a través de una red de médicos, funcionarios y centros sanitarios rurales. Con la implantación del sistema socialista, la situación cambió radicalmente, pues todo el personal médico y paramédico trabajaba exclusivamente para el Ministerio de Salud, y aun cuando estaba permitida la práctica privada, era raro que la gente hiciera uso de este tipo de atención, seguramente debido a que los médicos oficiales eran de la más alta calidad. Otro hecho era la extensión de los servicios a todos los niveles, logrado con la utilización de suficiente personal preparado para el desempeño de sus funciones (2)

En el mundo capitalista, desde 1918 el American College of Surgeons contaba ya con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención. En pleno siglo XX en Chicago, en 1933, Lee y Jones se pronunciaron en torno a lo que consideraron “atención médica correcta”, en los siguientes términos: se limita a la práctica racional de la Medicina, sustentada en las ciencias médicas, hace énfasis en la prevención, exige cooperación entre los profesionales de la Medicina y el público; trata al individuo como un todo, enfatizando que se debe tratar a la persona enferma y no a la condición patológica; mantiene una relación cercana y continua entre el médico y el paciente. (2)

En 1944 se inician las autopsias y con ello, los estudios histopatológicos. Los avances en la bacteriología y la fundación de los institutos especializados, contribuyen a mejorar la calidad de la atención. En 1951, teniendo como marco un

acuerdo con el American College of Physicians, la American Hospital Association y la American Medical Association, se creó la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse (2)

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad, se identificaron en el Hospital de la Raza del IMSS en 1956, por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que estaban atendiendo a sus pacientes, a través de la revisión de los expedientes clínicos, en 1960 editaron, publicaron y difundieron el documento Auditoría Médica, que fue retomado por otras instituciones del Sector Salud, con propósitos similares. Pasaron doce años para que se diera un cambio en esta metodología, cuando la Subdirección General Médica del IMSS, bajo la conducción de los doctores González Montesinos, Pérez Álvarez y su equipo de trabajo editaron, publicaron y difundieron “Las Instrucciones: Evaluación Médica” y un año después, “Las Instrucciones: El Expediente Clínico en la Atención Médica” . A través de ellas dieron a la evaluación del expediente clínico, un carácter más médico, efectuado por pares; y menos administrativo, como instrumento para conocer la calidad de la atención. (2)

Desde los trabajos de González Montesinos, pasó otra vez más de una década para que en nuestro país surgiera otro cambio significativo y con repercusión en los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica, con la publicación en 1984 de “Sistema de Evaluación Médica: Progresos y perspectivas”, orientado a la evaluación y autoevaluación integral de las unidades médicas, lo que incluye: instalaciones, recursos físicos, personal, suministro de insumos, organización, proceso, los resultados de la atención y la satisfacción de los pacientes, con un enfoque hacia la mejora continua y énfasis en su aplicación como herramienta de autoevaluación, integración y actualización del diagnóstico situacional de la unidad médica. (2)

El avance siguiente ocurrió hasta 1990, cuando en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, con motivo de la visita del doctor Donabedian a México, se desarrollaron las primeras Jornadas Académicas sobre Calidad de la Atención Médica en México. En ellas se presentaron los trabajos que se habían venido desarrollando en nuestro país, por los diferentes grupos ocupados en el tema. (2)

En 1993 con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, surgió la necesidad de homologar la calidad en la prestación de los servicios médicos entre las unidades médicas de los Estados Unidos de América, Canadá y México, para lo cual era indispensable establecer un sistema de certificación de las unidades médicas. Esa necesidad fue la piedra angular que detonó la integración de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA). A través de SOMECASA, se diseñó y se aplicó un sistema de certificación de hospitales, como “prueba piloto” en varias unidades médicas del Sector Salud. En 1994 el proceso de certificación quedó suspendido, por no ser factible legalizar la entidad certificadora. (2)

En México durante 1996, la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1969. La CONAMED enfoca la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos. (2)

Aun cuando la misión original de la CONAMED parecía estar enfocada exclusivamente al desarrollo de medios alternativos para la solución de diferencias entre médicos y pacientes, en su misión incluye como objetivo fundamental la de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica, por medio del análisis de las

quejas por mala calidad y la elaboración de recomendaciones para optimizar dichos servicios. (2)

En marzo de 1999, el Secretario de Salud federal, Dr. Juan Ramón de la Fuente, retomó el proyecto de certificación de hospitales y asignó la responsabilidad de su instrumentación al Consejo de Salubridad General, a cargo del Dr. Octavio Rivero Serrano. Tras un periodo breve de organización e instrumentación, se inició la Certificación de Hospitales, con la participación de empresas certificadoras contratadas. La implantación y operación del sistema fue un éxito, habiendo certificado un importante número de hospitales a fines de 2000, año en el que concluyó la gestión en curso. (2)

En Canadá, como consecuencia de una escisión con la Joint Commission, se creó el Canadian Council on Health Facilities Accreditation (JCAHO). En España, la Generalitat de Cataluña estableció un programa de acreditación de hospitales, con participación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, en tanto que en Barcelona, la Fundación Avedis Donabedian comenzó su aplicación con base en los estándares y el apoyo de la JCAHO, e iniciaron la acreditación de Hospitales. Más tarde, los trabajos en calidad se han orientado al Modelo Europeo de la ya referida European Foundation for Quality Management (EFQM). (2)

En el Reino Unido, la King Edward's Hospital Fund for London (Fundación Rey Eduardo de Hospitales para Londres), con base en el King's Fund Organizational Audit Scheme (Esquema Organizacional de la Fundación del Rey), desarrolló el Health Quality Service Accreditation Program (Programa de Acreditación de la Calidad de la Salud de los Servicios), a partir de estándares de la JCAHO, del Sistema ISO y de la European Foundation for Quality Management. (2)

En América Latina, la principal iniciativa correspondió a la OPS, con la creación de la Federación Latinoamericana de Hospitales, siendo el factor fundamental para el desarrollo del Manual de Estándares de Acreditación, con base en el de la Joint

Commission, mismo que fue presentado en la OPS en Washington en 1991. Bolivia, Cuba, República Dominicana, Perú y Guatemala se sumaron a esta propuesta. Con base en el documento de la OPS, Argentina desarrolló el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios, mismo que sigue vigente y con producción. Cabe mencionar que desde 1978, Feld, publicó una propuesta sobre la evaluación y la auditoría médicas. (2)

La International Quality Association (ISQUA), desarrolló en 1994 el Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation), que fue el punto de partida para que en 1999 se creara el Accreditation Federed Council (Consejo Federado de Acreditación), con base en el desarrollo de estándares, evaluación externa por pares y mejora continua de la calidad de la atención médica (2)

El Plan Nacional de Desarrollo 2001 a 2006 de México y el Programa Nacional de Salud, destacan la importancia de hacer explícitos los derechos de los pacientes, para fomentar una cultura de servicio que satisfaga las expectativas y dignidad de éstos a través de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, convocados por líderes de opinión de la sociedad mexicana, expertos de las principales instituciones nacionales de salud, educación y organismos no gubernamentales de México, para analizar y sistematizar los derechos de los pacientes. El documento se originó a partir de 1117 opiniones. Fue presentado a la sociedad ante el presidente de la República en diciembre de 2001. (3)

En el programa nacional se plasman los tres retos principales que se afrontarán en el sector; equidad, protección financiera y calidad. (4)

Los derechos planteados son: recibir atención médica adecuada, trato digno y respetuoso, e información suficiente, clara, oportuna y veraz; decidir libremente sobre la atención, otorgar o no consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para obtener una segunda opinión,

recibir atención médica en caso de urgencia, disponer de un expediente clínico. En México, la documentación de los derechos generales de los pacientes frente al médico, impactará la calidad de los servicios de salud al explicitar las relaciones del médico frente a su paciente. (4)

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud surgió como respuesta a la problemática puesta de manifiesto en la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000”. (5)

Es una estrategia que tiene como objetivo elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a los niveles aceptables en todo el país. (6)

El Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud concebía la calidad de los servicios de salud desde dos perspectivas:

1. Trato digno, cuyas características eran:

a) Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben.

b) Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.

c) Interés manifiesto en la persona.

d) Amabilidad.

2. Atención médica efectiva. (6)

La OMS establece que el goce del grado de la salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales del ser humano e incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad, creando

condiciones para que todas las personas puedan vivir lo más sanamente posible, el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. (7).

Además la OMS señala que “las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarle daño”. Los sistemas sanitarios están diseñados para mejorar la salud de la población a través de esquemas que implican riesgos reales o potenciales frecuentemente no considerados en sus procesos de planeación. (8)

Los primeros estudios sobre la calidad se hicieron en los años 30 antes de la Segunda Guerra Mundial, la calidad no mejoró sustancialmente, pero se hicieron los primeros experimentos para lograr que esta se elevara. (9)

La Real Academia de la Lengua Española definía a la calidad: como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciar su valor como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie“. (10)

Avedis Donabedian, con relación a la definición de calidad en salud nos habla del “componente técnico dependiente de los conocimientos y juicios utilizados y que se juzga con lo mejor de la práctica; de la conducción de la relación interpersonal, como el vínculo por el cual la asistencia técnica se lleva a cabo y de la que depende el éxito”. Asimismo, nos habla de las “comodidades de la asistencia” entendiendo éstas como “las cualidades deseables de los centros donde se proporciona la asistencia; incluyen confort, tranquilidad e intimidad”. Esta es una de las grandes contribuciones de Donabedian que han perdurado en el tiempo y que simplifica la comprensión de la gestión de la calidad dividiéndola en sus tres dimensiones: técnico, interpersonal (humano) y del entorno. (10)

Avedis Donabedian, es quien introduce la evaluación de la calidad basada en la estructura de procesos y resultados, y es considerado el padre de la calidad sanitaria. Sus trabajos en el campo de la salud pública son un gran aporte en el

ámbito de la calidad y representaron el punto de inflexión en el desarrollo de una ciencia incipiente. (10)

La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. (11)

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención y reflejan el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos. (12)

No puede haber calidad sin ordenamiento y este no existe si no se acompaña de un marco regulatorio claramente definido, difundido, conocido, asimilado y cumplido por todos. Esto ha sido comprendido en el sector salud, por la tendencia práctica y asistencialista predominante que ha supuesto que la atención directa de los pacientes con la aplicación de conocimientos y experiencia sin separar la necesidad de contar con un marco normativo que permita orientar su trabajo y cumplir sus prestaciones por un sendero de mayor seguridad y certidumbre. (13).

El componente de la calidad tiene tres condiciones imprescindibles para la asistencia y otras tres igualmente imprescindibles para la gestión, siendo imposible el funcionamiento de cualquier servicio de salud si cualquiera de ellas falta, estableciendo el triángulo asistencial con las tres condiciones estructurales: recursos humanos, recursos físicos de infraestructura, equipamiento, insumos materiales y fármacos; en tanto que el triángulo de la gestión requiere de condiciones funcionales como: sostenibilidad, flujos funcionales y ordenamiento

de normas; la insuficiencia de cualquiera de ellos desequilibra y altera el conjunto del respectivo triángulo. (13)

La sobreexposición o ensamblaje de los 2 triángulos da a la aparición de un tercer triángulo, que no es otra cosa que el triángulo de la calidad. La calidad como condición se da o no se da. (13)



Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. De manera general, los indicadores de calidad de la estructura miden la calidad de las características del marco que prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de la calidad del proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevados a cabo durante la atención al paciente; finalmente, los indicadores basados en los resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, que se haya conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. (14)

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, que va desde el recuento directo hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices. La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes, de la frecuencia de casos, el tamaño de población en riesgo, y de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro. (14)

Específicamente la calidad y utilidad de un indicador esta primordialmente definida por los siguientes criterios:

1. Validez
2. Confiabilidad.
3. Especificidad.
4. Sensibilidad.
5. Mensurabilidad.
6. Relevancia.
7. Costo- Efectividad
8. Sencillez

Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretados por los analistas y comprensibles para los usuarios. (13)

También requiere de cumplir con integridad (que no falten datos) y consistencia interna (sean posibles, coherentes y no se contradigan). (14)

Para la identificación de las dimensiones de calidad, se aplicó una triangulación de información, contrastando métodos, fuentes y datos, mediante la aplicación de tres técnicas provenientes de la investigación cualitativa: revisión documental, grupos focales y entrevistas a usuarios en profundidad a directivos y expertos. (15)

Es fundamental la relación médico paciente como un elemento básico para brindar una buena calidad de la atención médica, el personal debe adaptarse a la cultura del paciente para que se les pueda facilitar y brindar mejor atención e información del problema de salud que los aqueja y así generar más confianza. Finalmente hay que tener presente que lo primero es brindar el mejor servicio y beneficios a los pacientes con buena calidad. (16)

El trato digno y la atención médica efectiva usa la palabra SONRIA que, a su vez, se expresa en el logotipo de la Cruzada. Las tres últimas letras significan, en trato digno: Respeto, Información oportuna y Amabilidad, y que entienda el paciente su diagnóstico y tratamiento (17)

En Atención Médica Efectiva las tres letras deben recordar: Resultados positivos en la salud del paciente, Indicadores para poder demostrar esos resultados que reflejen una verdadera Atención efectiva (que se obtengan los mejores resultados posibles de manera eficiente, ética y segura). (17)

La estrategia de Calidad Total es considerar que la calidad debe satisfacer a distintos actores que se agrupan en dos categorías: a) clientes externos y b) clientes internos. Los primeros incluyen tanto a los beneficiarios como a los proveedores de servicios, que también se consideran actores de la calidad. En el segundo grupo de clientes internos se tienen en cuenta las otras categorías de Vuori (trabajadores de salud, administradores y dirigentes o dueños de los servicios) pero como interdependientes. Habrá calidad total si cada unidad de producción interna entrega a las restantes un producto o servicio de calidad. Si los profesionales no reciben buenos servicios, no podrán concretar un acto o procedimiento de calidad. (18)

Evaluación de la calidad.

Nadal lo define “como el proceso de obtención y análisis de la información, el cual se realiza con el fin de medir el resultado obtenido por un programa y señala una serie de características que una evolución correcta debe poseer: A) objetividad, B) validez C) fiabilidad, d) operatividad; estos deben ser válidos para el proceso de toma de decisiones. (19)

La evaluación es un instrumento eficaz para mejorar la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial, define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación. Además permite identificar y consolidar las mejores prácticas institucionales, y constituye un instrumento de aprendizaje; en la medida que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para el mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas. (19)

Donabedian estableció 3 enfoques básicos para la evaluación de la calidad en salud: estructura, proceso y resultado. Por estructura el autor entiende a los proveedores de la atención, instrumentos, recursos humanos y físicos y prestadores de servicios de salud. El proceso es una serie de actividades entre los profesionales y los pacientes, para poder establecer un juicio es necesario poder conocer el valor que le da el individuo y la sociedad a la salud y al bienestar. El término Resultado implica un cambio en el actual y en el futuro de la salud del paciente que puede atribuirse al antecedente de la atención médica incluyendo la satisfacción del paciente. (19)

JUSTIFICACIÓN

En México, desde 1984, con la introducción del concepto de *garantía de calidad* se abre un nuevo horizonte para la mejora continua. En la UMF 47, actualmente no se cuentan con estudios de nos permitan evaluar la calidad de atención del derechohabiente, dichos conocimientos nos permitirán mejorar y tener un mayor grado de satisfacción del usuario que acude a la consulta externa de medicina familiar. La UMF 47 al ser la Unidad con mayor cantidad de derechohabientes en el estado de Guanajuato es el escenario ideal para la realización de éste estudio de calidad y satisfacción del derechohabiente, está dentro de las unidades familiares de mayor afluencia de derechohabientes a nivel nacional, motivo por el cual es nuestro objeto de estudio, con el propósito de evaluar y conocer el impacto del grado de satisfacción del derechohabiente, y de esa manera identificar las desviaciones en el desempeño y los niveles óptimos de la calidad en el servicio de consulta externa.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El crecimiento del gasto en atención de la salud es una preocupación importante para los hogares, las empresas, el estado y federal. (20), Actualmente, tanto en instituciones públicas como privadas del sector salud, existe un interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención médica, con el fin de mejorarla, desarrollando diversas acciones como comités de mortalidad, grupos de consensos dedicados a evaluar la optimización de los círculos y comités encargados de evaluar la calidad.(21)

El análisis de la calidad ha sido una contribución importante que permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud, a partir de las cuales se puede obtener la opinión de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimiento y acciones tomadas en consulta externa) y resultados (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida), desarrollándose así el análisis de satisfacción de los usuarios.(21)

En relación a lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION LOS DERECHOHABIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL TURNO MATUTINO EN LA UMF 47 DE LEÓN, GUANAJUATO?

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Evaluar la calidad de atención de los derechohabientes de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa del turno matutino en la UMF 47 de León, Guanajuato.

Objetivos específicos.

- Identificar la percepción calidad de la atención por parte del derechohabiente.
- Identificar los principales factores que influyen para otorgar una atención médica de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico en la Consulta externa y el turno matutino de la UMF No. 47 del IMSS en León, Guanajuato.

LUGAR Y TIEMPO

El estudio se llevó a cabo en la Consulta externa y el turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 47 León, Guanajuato, en el periodo enero a abril de 2015.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Pacientes derechohabientes de 20 a 59 años que acudieron a la consulta externa del turno matutino, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 47 en León, Guanajuato.

1. Tamaño de la muestra

Se estudió a una población de 250 derechohabientes entre 20 a 59 años que acudieron a consulta externa del turno matutino, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 47 en León, Guanajuato.

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra a través de una herramienta de Cálculo de Proporciones de López, Pita, Pértiga, Ceoanes de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, con un total de población en este grupo etario de 175, 481 de, Con un nivel de confianza del 95%, Precisión del 3%, con una proporción del 5%, con un tamaño muestral de 203 derechohabientes agregando la proporción esperada de pérdidas del 15%, dando un total o muestra a justada a las pérdidas de 250 derechohabientes.

Muestreo

No probabilístico, por conveniencia

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Derechohabientes adscritos entre 20 y 59 años que acudieron a la Consulta Externa en turno matutino de la UMF 47.
- Que aceptaron participar.
- Ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Derechohabientes que al momento de realizar la encuesta no se encontraban vigentes.

Criterios de eliminación:

- Derechohabientes con respuestas incompletas en el instrumento de medición.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	UNIDAD DE MEDICION
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta el día de hoy	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
SEXO	Condición orgánica que distingue a los hombres y las mujeres	Cualitativa	Nominal	1=masculino 2=femenino
ESCOLARIDAD	Grado de estudio logrado hasta el día de hoy	Cualitativa	Nominal	1=analfabeta 5=secundaria 2=sabe leer y escribir 6=preparatoria 3=primaria incompleta 7=licenciatura 4=primaria completa
CALIDAD	Propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla	Cualitativa	Nominal	1=analfabeta 5=secundaria 2=sabe leer y escribir 6=preparatoria 3=primaria incompleta 7=licenciatura 4=primaria completa
TIEMPO DE ESPERA	Promedio de minutos que transcurren desde que solicita la atención hasta su inicio de esta.	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contesto

AMABILIDAD	Es el acto o el estado de comportamiento caritativo a otras personas y seres.	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contesto
ESTADO DE INSTALACIONES	Condición física en las cuales se encuentra las instalaciones donde se expide la atención.	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contesto
INTERES	Valor o utilidad que en sí tiene una cosa.	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contesto
SATISFACCION	Sentimiento de bienestar cuando se ha cubierto una necesidad.	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contesto
ATENCION	Acto de cortesía o afecto que muestra bienestar o seguridad de una persona hacia alguien.	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contexto
PRESENTACION DEL PERSONAL	Manera de ser o estar presentada una cosa.	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contexto
CONFIANZA	Esperanza firme que una persona tiene en que algo suceda,	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contexto
INFORMACION DE ENFERMEDAD	Conjunto de datos que se proporciona de un padecimiento	Cualitativa	Nominal	1= Bueno 2= Regular 3= Mala 4= No contexto

Recolección de datos

Método de recolección:

Los datos se recolectaron directamente del instrumento el cual se contestó en forma individual y anónima; y se tomó en consideración los siguientes parámetros para su aplicación: presentación e identificación, explicación breve, lectura de ítems, registrando la respuesta en cuestionario y se aclaró cualquier duda que se pudiera presentar durante la aplicación de las encuestas.

Instrumento de recolección:

Se utilizó el cuestionario de *encuesta de Likert* el cual consta de 11 ítems los cuales involucran diferentes aspectos apariencia, estado de instalaciones, calidad de atención, tiempo de espera, confianza, amabilidad, atención recibida, capacidad de resolución, información recibida, interés del personal, información recibida durante su tiempo de espera, con opción de respuestas de: bueno, regular, mala, no contesto.

El cuestionario evaluó la satisfacción a través de cuatro indicadores: Satisfacción general del servicio prestado, atención recibida, expectativas sobre requisitos y valoración global del servicio

Para poder analizar los datos obtenidos, se aplicó la técnica de medición de la escala de Likert, la cual se base en establecer una escala para ubicar la situación en las que se encontró a los derechohabientes encuestados, dependiendo del valor total generado en las encuestas realizadas, para conocer el resultado :

- Una puntuación cercana a 0..... No contesto
- Una puntuación cercana a 25.....mala
- Una puntuación cercana a 50..... regular
- Una puntuación cercana a 75..... buena

Procedimiento

Una vez obtenido el registro ante el Comité Local de Investigación, se aplicó el instrumento a 250 derechohabientes del turno matutino entre 20 y 59 años que aceptaron participar en el estudio, se acudió a las inmediaciones de la Unidad de Medicina Familiar donde se seleccionaron a los 250 derechohabientes que acudieron en el turno matutino a solicitar atención médica tanto de primera vez como subsecuentes, a cada uno se le solicitó de manera personal su consentimiento informado donde nos autoriza por escrito el uso de la información recolectada, posteriormente se les aplicó la encuesta de manera personal reportando todas las respuestas dentro del cuadro correspondiente a cada pregunta.

Posteriormente, los resultados se capturaron en una base de datos y se les realizará el análisis estadístico utilizando la prueba de Chi cuadrada y estadística descriptiva, redactándose posteriormente la discusión y las conclusiones. Finalmente se entregó un reporte por escrito de los resultados.

Análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva para las medidas de tendencia central y estadística inferencial –chi cuadrada- para establecer la asociación entre variables.

RECURSOS

Recursos materiales y Económicos			
	Cantidad	Costo unitario pesos	Total \$ pesos
Papelería			
Copias	300	1.00	300.00
Lápices	10	5.00	50.00
Clips	100	1.00	100.00
Bolígrafos	10	10.00	100.00
Carpeta argolla	1	50.00	50.00
hojas blancas	500	.20	100.00
Borradores	5	10.0	50.00
Computadora Notebook HACER	1	8,000.00	8,000.00
Impresora HP 110c	1	2,500.00	2,500.00
Tinta p/impresora	4	400.00	1,600.00
Subtotal			12,850.00
Recursos humanos			
Investigador responsable alumno de 1º año de especialidad en medicina familiar para médicos generales Convenio IMSS-UNAM	1	30,000.00	30,000.00
Asesor de tesis, director educación e investigación en salud	1	20,000.00	20,000.00
Subtotal			50,000.00
TOTAL			62,850.00

Todos los gastos corren a cargo del investigador

ASPECTOS ÉTICOS

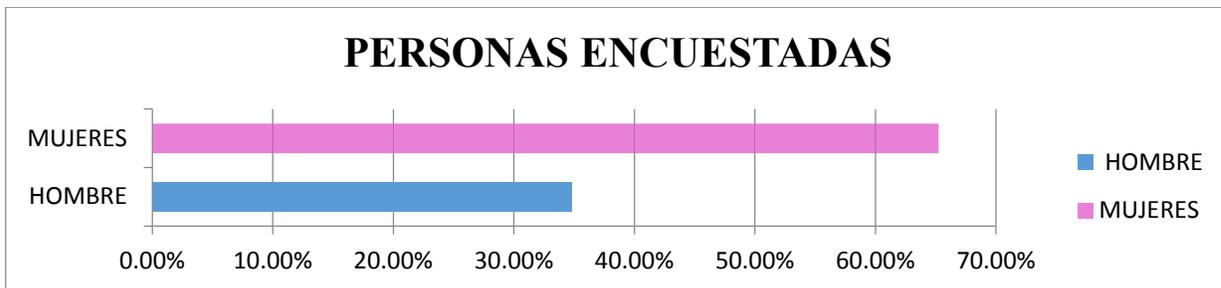
De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud vigente en nuestro país, se trata de un estudio de Investigación Sin Riesgo (Artículo 17 fracción II), ya que se trata de un estudio prospectivo en donde se realizarán encuestas.

En apego a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

- La investigación se realiza por que el conocimiento que se pretende adquirir no se puede obtener por otros medios.
- Se apoya en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- El proyecto de investigación describe a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- El protocolo será sometido para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.
- La investigación se llevará a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente que tendrá la responsabilidad de proteger a los participantes.
- El investigador responsable informará al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación y sobre algún incidente grave.
- No se realizará ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.

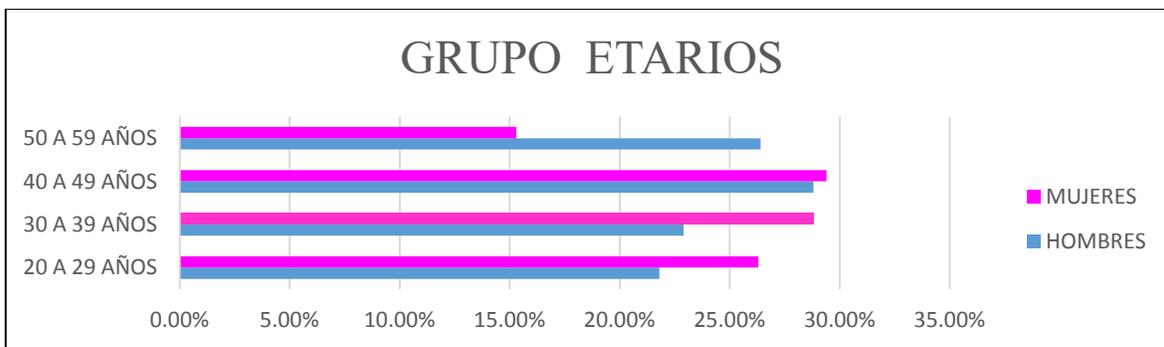
- El muestreo será por disponibilidad, considerando a toda la población diana que cumple con los criterios de selección, sin hacer alguna discriminación en particular.
- A cada individuo se le dará una información adecuada sobre los objetivos, métodos y beneficios.
- No se solicitará consentimiento informado por ser una encuesta
- El consentimiento informado será obtenido por el alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS que participa como investigador asociado en este trabajo.
- Se protegerá la salud, la dignidad, la integridad, la intimidad y el derecho a la autodeterminación de las personas que participarán en la investigación.
- En este estudio se verán beneficiados los participantes porque se les dará un panorama actualizado sobre sus resultados.
- Los resultados de esta investigación beneficiarán a la comunidad de directivos por que podrán ser de utilidad en la planeación de estrategias que impacten en la mejoría de su calidad de vida laboral.
- Se contempla que es un estudio que ofrece beneficios en todos los aspectos, riesgos no existen por ser una encuesta.
- La confidencialidad se asegurará evitando mostrar los nombres en la difusión de los resultados o en las publicaciones, así también, se quemarán las etiquetas de identificación de las muestras para laboratorio.
- Al finalizar se realizará un informe dirigido a cada uno de los directivos donde se describan los hallazgos encontrados y las recomendaciones estratégicas que podrían coadyuvar en el mejoramiento de la calidad de vida de los directivos.

RESULTADOS



Gráfica 1

Se realizaron un total de 250 (100 %) **personas encuestas**, de las cuales 87 (34.8%) fueron hombres y 163 (65.2%) fueron mujeres todos derechohabientes adscritos a la Unidad de medicina Familiar no 47 del turno matutino, durante el año 2015. (Gráfica 1)

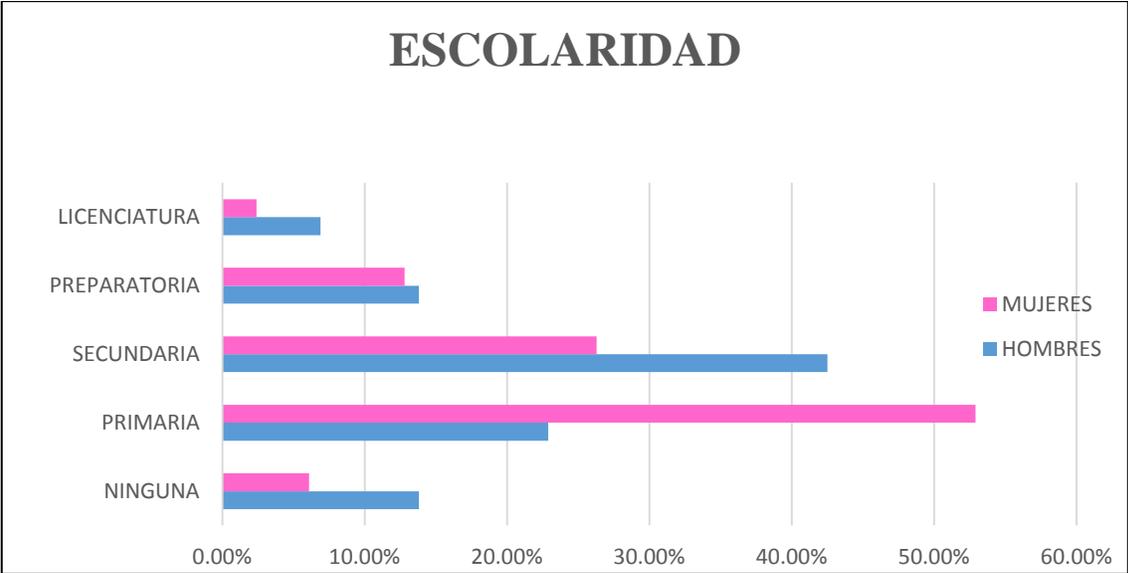


Gráfica 2

En relación a los **Grupos Etarios** se encontró lo siguiente:

Para el sexo masculino 19 (21.8 %) fueron de 20 a 29 años, 20 (22.9%) de 30 a 39 años, 25 (28.7 %) de 40 a 49 años y 23 (26.4 %) de 50 a 59 años.

Para el sexo femenino se encontró en el rango de edades fue 43 (6.3 %) de 20 a 29 años, 47 (28.8 % de 30 a 39 años, 25 (29.40 %) fueron de 40 a 49 años y 23 (15.3 %) de 50 a 59 años. (Gráfica 2)



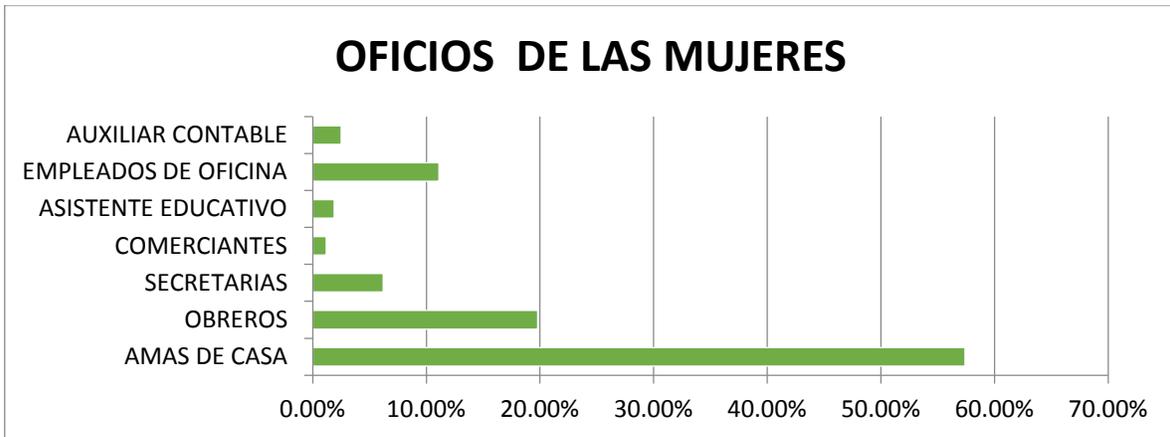
Gráfica 3

En el rubro de **escolaridad** se encontró lo siguiente:

En el sexo masculino se encontró que 20 (22.9%) contaban con primaria, 37 (42.53%) con secundaria, 12 (13.79%) con preparatoria, 6 (6.9 %) licenciatura y 12 (13.79%) no cuentan con ninguna preparación.

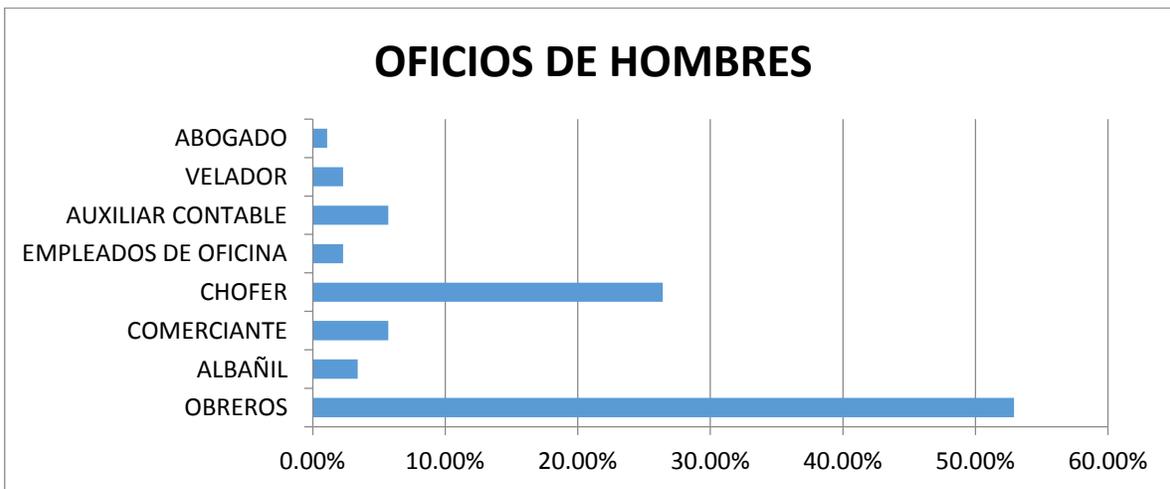
En el sexo femenino se encontró que 85 (52.9%) contaban con primaria, 43 (26.38%) con secundaria, 21 (12.88%) tenían preparatoria, 4 (2.45%) con licenciatura y 10 (6.13%) no contaban con ninguna preparación. (Gráfica 3)

En la variable **Oficios** se encontró que:



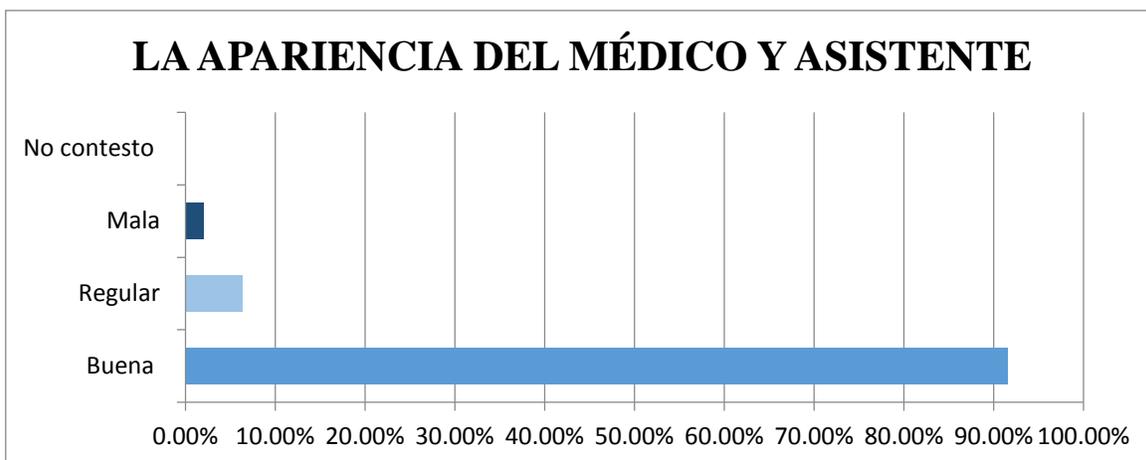
Gráfica 4

Dentro los principales oficios en mujeres 93(57.4%) fueron amas de casa; 32 (19.8%) Obreras, 10 (6.2%) secretarias, 2 (1.2%) comerciantes, 3 (1.9%) asistente educativo, 18 (11.1%) empleadas de oficina y 4 (2.5%) auxiliar contable (Gráfica 4)



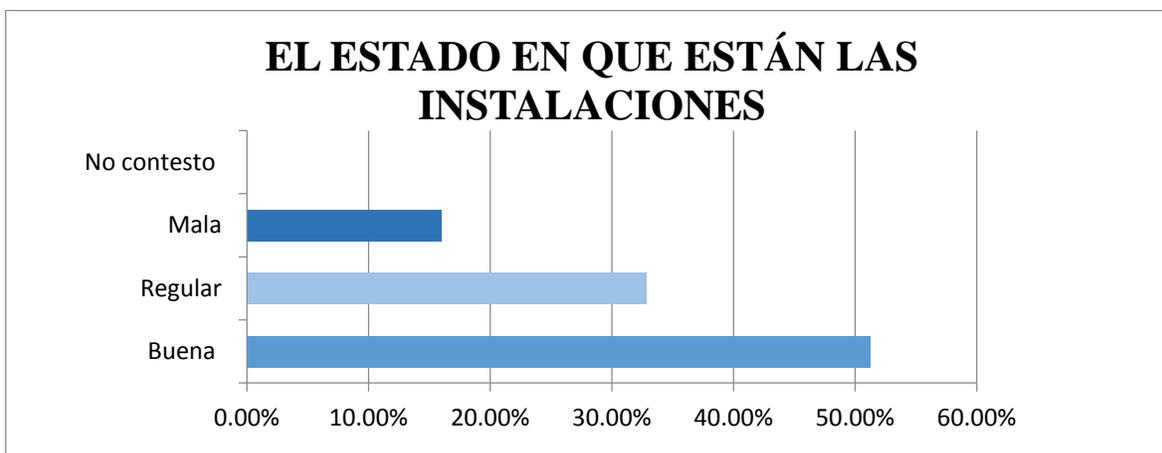
Gráfica 5

Dentro los principales oficios en hombres 26 (52.9%) fueron Obreros, 23 (26.4 %) chofer, 3 (3.4%) albañiles, 5 (5.7%) comerciantes, 18 2.3% empleado de oficina, 5 (5.7%) fueron auxiliar contable, 2 (2.3%) velador, 1 (1.1%) abogado. (Gráfica 5)



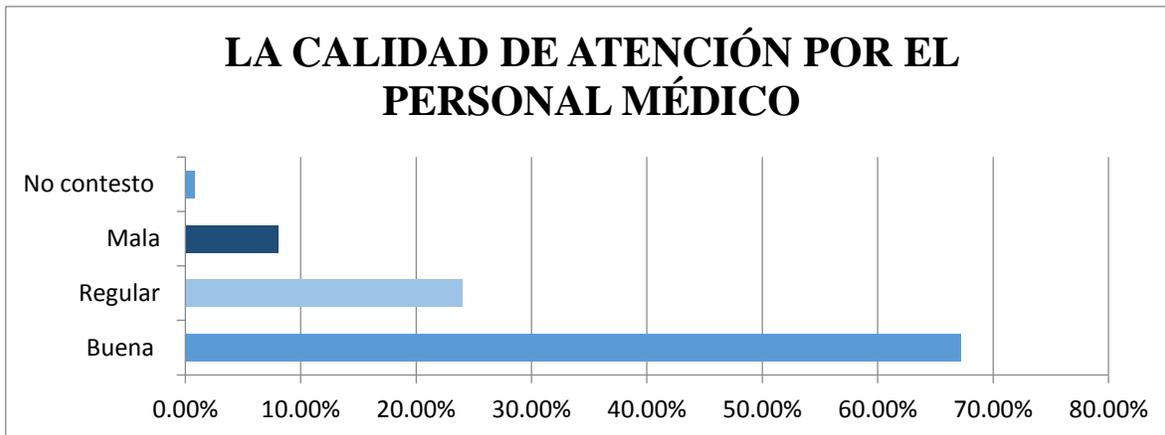
Gráfica 6

Gráfica 6. **La apariencia del médico y de la asistente** Donde 229 (91.6 %) la refiere como buena, 16 (6.40%) fue regular, 5 (2%) mala y el 0 (0%) no contesto.



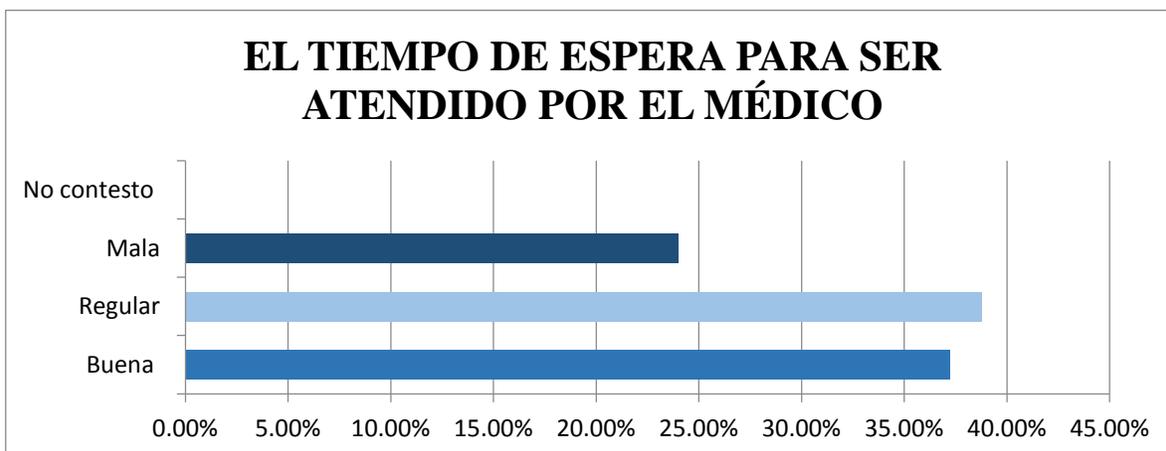
Gráfica 7

Gráfica 7. 128 (51.2 %) de los derechohabientes refieren que el **estado de las instalaciones** se encuentran en buenas condiciones, 82 (32.8 %) en regular estado, 40 (16 %) en malas condiciones y el 0 (0 %) no contesto.



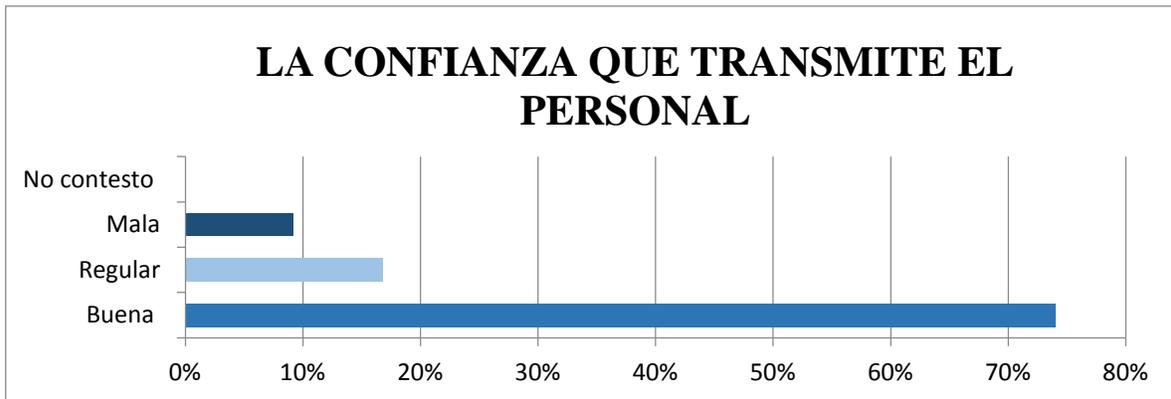
Gráfica 8

Con respecto a la **calidad de atención brindada por el personal médico** 168 (67.2 %) de los derechohabientes la refieren como buena atención, 60 (24%) le pareció regular, 20 (8%) refirió mala la atención y 2 (0.8%) prefirió no contestar. (Gráfica 8)



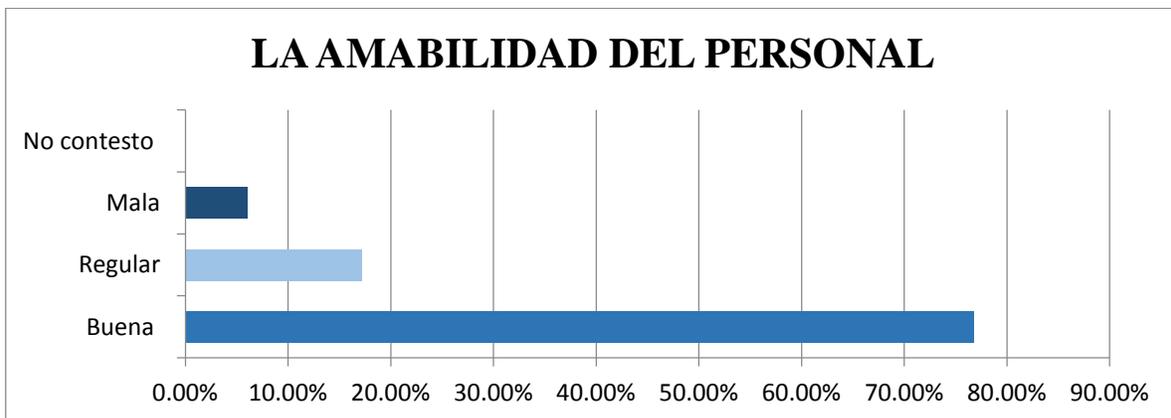
Gráfica 9

Como se muestra en la Gráfica 9. **El tiempo de espera** se encontró como 93 (37%) derechohabientes refieren que fue bueno, 97 (38.8%) que fue regular, 60 (24 %) les pareció malo y 0 (0 %) no contesto.



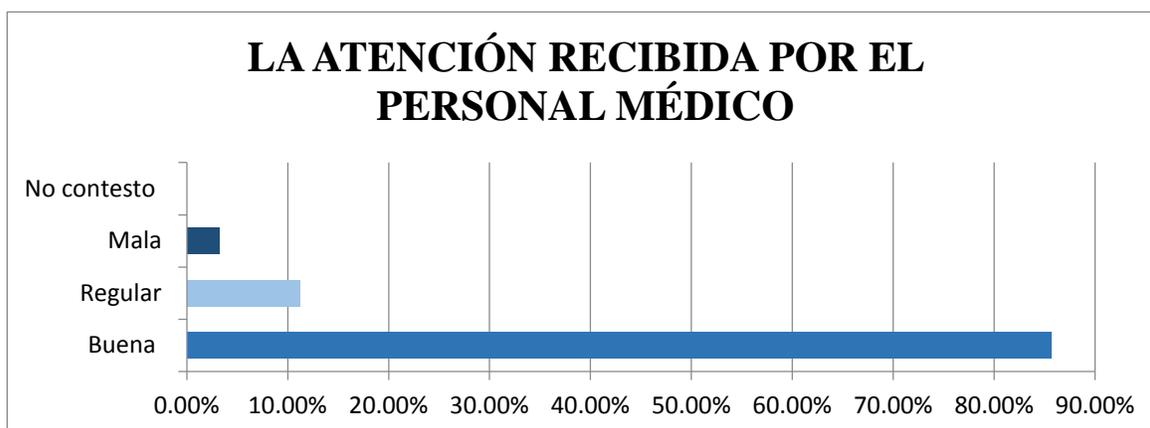
Gráfica 10

La **confianza que transmite el personal** reveló que 185 (74%) de los derechohabientes encuestados refirieron que le generó buena confianza, 42 (16.80%) regular, 23 (9.2%) mala y 0 (0%) no contestó. (Gráfica 10)



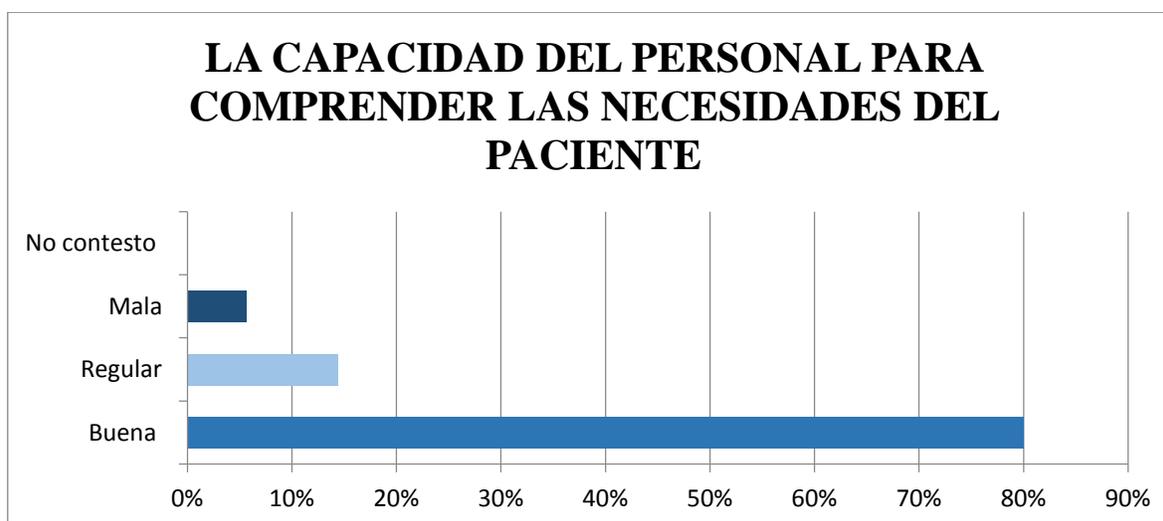
Gráfica 11

En la gráfica 11 se muestra que en relación a la **amabilidad del personal** 192 (76%) derechohabientes contestó que fue buena, 43 (17.2%) fue regular, 15 (6%) fue mala y 0 (0%) no contestó.



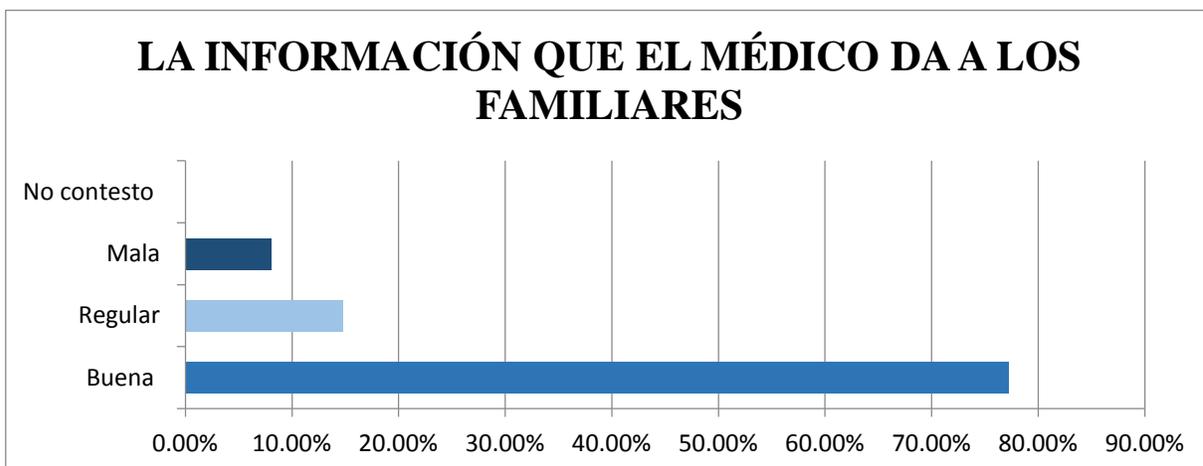
Gráfica 12

En la gráfica 12, se encuentra el resultado del rubro de **atención recibida por el personal médico**: 214 (85 %) de los derechohabientes encuestados refieren que fue buena 28 (11.2%), regular 8 (3.2%), mala y el 0 (0%) no contestó.



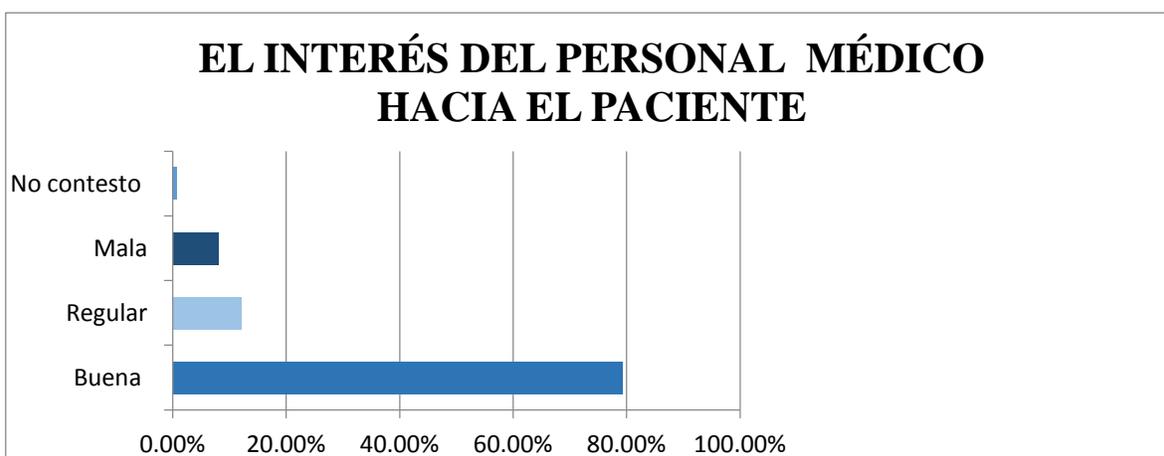
Gráfica 13

En la **capacidad del personal para comprender las necesidades del paciente** se encontró que 200 (80%) de los encuestados la refiere como buena, 36 (14.4%) la refiere regular, 14 (5.6%) mala y 0 (0%) no contestó (Gráfica 13)



Gráfica 14

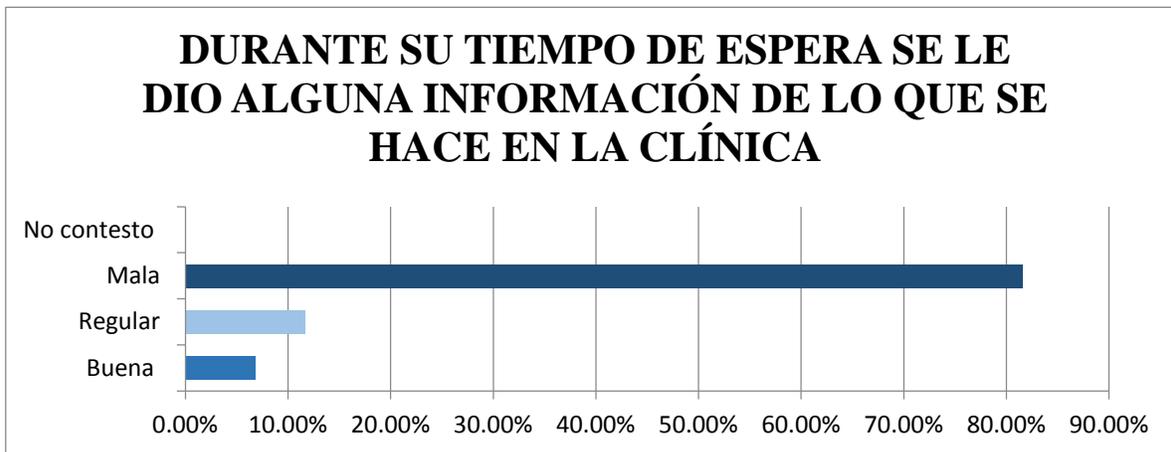
La gráfica 14. Se encontró que 193 (77.2%) de los derechohabientes encuestados refirió que la **información que el médico les dio a los familiares** fue buena, 37 (14.8%) regular, 20 (8%) mala y 0 (0%) no contesto.



Gráfica 15

La gráfica 15 nos refiere que 198 (79.2%) de los derechohabientes encuestados refirió que **el interés mostrado por el personal médico hacia el paciente** fue

bueno, 30 (12%) que fue regular, 20 (8%) que fue mala, 2 (0.8%) prefirió no contestar.



Gráfica 16

Gráfica 16. Se muestra que 17 (6.8%) refirió que fue buena la información que se le brindó durante su tiempo de espera, 29 (11.6%) que fue regular, 204 (81.6%) que fue mala y el 0 (0%) no contestó.

III. DISCUSIÓN

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Históricamente, los Servicios de Salud no han buscado permanentemente la excelencia, ni poseer calidad técnica o intrínseca, sino producir actos de calidad y que esta sea percibida por el derechohabiente.

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención y reflejan el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos. (12)

No puede haber calidad sin ordenamiento y este no existe si no se acompaña de un marco regulatorio claramente definido, difundido, conocido, asimilado y cumplido por todos. Esto ha sido comprendido en el sector salud, por la tendencia práctica y asistencialista predominante que ha supuesto que la atención directa de los pacientes con la aplicación de conocimientos y experiencia sin separar la necesidad de contar con un marco normativo que permita orientar su trabajo y cumplir sus prestaciones por un sendero de mayor seguridad y certidumbre. (13).

Es fundamental la relación médico paciente como un elemento básico para brindar una buena calidad de la atención médica, el personal debe adaptarse a la cultura del paciente para que se les pueda facilitar y brindar mejor atención e información del problema de salud que los aqueja y así generar más confianza. Finalmente hay que tener presente que lo primero es brindar el mejor servicio y beneficios a los pacientes con buena calidad. (16)

En México durante 1969, la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1969. La CONAMED enfoca la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de

las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos. (2)

En Canadá, como consecuencia de una escisión con la Joint Commission, se creó el Canadian Council on Health Facilities Accreditation (JCAHO). En España, la Generalitat de Cataluña estableció un programa de acreditación de hospitales, con participación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, en tanto que en Barcelona, la Fundación Avedis Donabedian comenzó su aplicación con base en los estándares y el apoyo de la JCAHO, e iniciaron la acreditación de Hospitales. Más tarde, los trabajos en calidad se han orientado al Modelo Europeo de la ya referida European Foundation for Quality Management (EFQM). (2)

En el Reino Unido, la King Edward's Hospital Fund for London (Fundación Rey Eduardo de Hospitales para Londres), con base en el King's Fund Organizational Audit Scheme (Esquema Organizacional de la Fundación del Rey), desarrolló el Health Quality Service Accreditation Program (Programa de Acreditación de la Calidad de la Salud de los Servicios), a partir de estándares de la JCAHO, del Sistema ISO y de la European Foundation for Quality Management. (2)

En América Latina, la principal iniciativa correspondió a la OPS, con la creación de la Federación Latinoamericana de Hospitales, siendo el factor fundamental para el desarrollo del Manual de Estándares de Acreditación, con base en el de la Joint Commission, mismo que fue presentado en la OPS en Washington en 1991. Bolivia, Cuba, República Dominicana, Perú y Guatemala se sumaron a esta propuesta. Con base en el documento de la OPS, Argentina desarrolló el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios, mismo que sigue vigente y con producción. Cabe mencionar que desde 1978, Feld, publicó una propuesta sobre la evaluación y la auditoría médicas. (2)

La International Quality Association (ISQUA), desarrolló en 1994 el Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation), que fue el punto de partida para que en 1999 se creara el Accreditation Federed Council (Consejo Federado de Acreditación), con base en el desarrollo de estándares, evaluación externa por pares y mejora continua de la calidad de la atención médica (2)

El Plan Nacional de Desarrollo 2001 a 2006 de México y el Programa Nacional de Salud, destacan la importancia de hacer explícitos los derechos de los pacientes, para fomentar una cultura de servicio que satisfaga las expectativas y dignidad de éstos a través de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, convocados por líderes de opinión de la sociedad mexicana, expertos de las principales instituciones nacionales de salud, educación y organismos no gubernamentales de México, para analizar y sistematizar los derechos de los pacientes. El documento se originó a partir de 1117 opiniones. Fue presentado a la sociedad ante el presidente de la República en diciembre de 2001. (3)

Conocer los antecedentes que a nivel mundial reflejan el interés y preocupación de los prestadores de servicios en el Sector Salud por brindar un servicio con calidad, ya sea a través de programas, comisiones, arbitrajes o incluso planes nacionales, a través de los cuales se puede palpar el vasto esfuerzo que se ha hecho en materia de calidad de la atención. Este tipo de estudios nos brindan la oportunidad de corroborar la importancia de conocer aspectos que impactan o influyen en la calidad de la atención de nuestros derechohabientes.

CONCLUSIONES

El estudio reveló lo siguiente:

De los 250 derechohabientes, prácticamente dos terceras partes fueron mujeres, y por grupo etario predominantemente fueron mujeres de de 50 a 59 años y de 30 a 39 años, predominantemente las mujeres encuestadas fueron amas de casa y los hombres obreros.

En los aspectos que atañen la presentación, el estado de las instalaciones, la calidad de la atención médica, el tiempo de espera la confianza que transmite el personal, la amabilidad, la calidad de la atención médica, la capacidad del personal la información que el médico da a los familiares y el interés del personal médico hacia el paciente también fueron evaluados como buenos.

Destaca el rubro en el cual se evalúa si durante el tiempo de espera se le dio alguna información de lo que se hace en la clínica, ya que el resultado fue malo en un porcentaje mayor al 80%.

En la última década en México, las instituciones de salud han planteado estrategias nacionales que pretenden el rescate de la calidad de atención en los servicios de salud, y en consecuencia se ha incrementado el interés en la evaluación de ésta, tomando como indicador la calidad de la atención y otros factores con el fin de identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar su planeación, diseño y organización.

Si bien la calidad de la atención es en su evaluación compleja de percibir, este estudio nos permite saber el grado de motivación y compromiso que tienen los prestadores de servicios con los derechohabientes, la percepción de los mismos y la necesidad detectada en este estudio de hacer partícipe a los derechohabientes de la información que les permita conocer y entender las diferentes actividades y programas que se realizan en la UMF 47.

BIBLIOGRAFÍA

- 1., Guillermo I.W. Director de Programas y Servicios de Atención de la Salud – MSAS. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica “Calidad de los Servicios de Salud”
2. Neri V.R. Aguirre G.H. Calidad de la atención médica, antecedentes históricos. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-02.pdf>
3. Tena T.C. Ruelas B.E. Sánchez G.J. Rivera C.G. Moctezuma B.G. Manuelli L.A. Derechos de los pacientes en México, revista med imss 2002; 40(6) 523-529.
4. Frank M.J. Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Diario oficial de la federación 2002
5. Negrete A.M.I. MSN.” trato digno: reto cotidiano dignified care: quotidian challenge”, revista Conamed suplemento enfermería 2009 pág. 33-36
6. Carrillo M.M.Mendoza L.J. Yáñez T.R, Rivera S.R., Caballero E.R, “Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal,” revista enfermería instituto mexicano del seguro social 2009, 17(3)139-142.
7. Margaret Cdra. Derecho a la salud, nota descriptiva No 323 noviembre www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/
8. González M.L.E, Gallardo D E. Revista Digital Universitaria “calidad de la Atención medica: la diferencia entre la vida y la muerte, agosto 2012 • Volumen 13
9. Ramírez C.J, “Historia de la calidad” en EXCELLENTIA, noviembre 2013. pp. 8-14. <http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm>
- 10, Corcuera L.G, Gliveria L.F. Velarde I.M. Evolución histórica de la gestión de calidad en salud. Acreditacion en salud Cuadernos de debate en salud, octubre 2013. 15-25

11. Chandia V.Y. Introducción a la Calidad en Salud, Clínica sanatorio alemán de la concepción 2006. www.enfermeraspabellonyesterilizacion.el
12. García G.C; Cortes I: Percepción del usuario del trato digno por enfermería, en una hospitalización del estado de México. Revista Conamed 2012. 17(1)128:23.
13. Luna O.J; Ética y calidad en salud: un binomio inseparable acta bioética 2011 (1) 9- 17
14. Secretaria de salud; manual de indicadores de servicio de salud. Dirección general de evaluación de desempeño.
15. Zurriago C.M.L. Calidad de la atención en salud en el HUV. Percepción de los usuarios Hospital universitario del valle.2010 25-38
16. García R.E; Álvarez M.E.Pascual A.G; Cruz G.A; García H.H; Calidad y gestión de servicios de salud, evaluación de la percepción de la atención medica por los usuarios junio2009.vol8 no3 19-24
17. Ruelas B.E; Trato digno y atención medica de calidad, compromiso y responsabilidad de todos.
www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_011002/pag3.htm
18. Fernández B.N: "Calidad de la atención medica "En Fascículo N° 1, Programa de Educación a Distancia "Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud" 1-33
19. Sánchez C.M; "Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del hospital general de zona 11 del IMSS.VOL 8 255-280.
20. Song, BA, Geld S.D; Landon E.B; Randall P.E; Mecanico R.E. MBA;
SPENDING QUALITY HEALTH CARE IN THE YEAR 1 OF ALTERNATIVE
QUALITY CONTRACT "N Engl J Med 2011; 365:909 - 918September 8, 2011DOI:
10.1056/NEJMsa1101416

21. Ramírez S.T; Nájera A.P; Nigenda L.G: "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México.: perspectiva del usuario"
22. Pezoa M. "Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud. Dic 2010.
23. Porter M.E.PhD." What is value in Health Care?, N englJ med 2010; 363:2477-2481 December, 2010DOI:101056/NEJMp1011024.
24. Gupta A.MD; Talavlikar R.MD; ChornyY.MD; Farrugia M.MD; LoretteJ.MD Vyney M.MD; Global healht curriculum in familia medicine. 2012 pág. 82.
25. University Of Kentucky center for public HealthSystems and services research. "Recent and future trends in public health workforce Research, 2009
26. Crisp N.M.A; Chen L.M.D; Global supply of Health Profesional N Eng JMed 2014; 370:950-957March 2014DOI; 10.1056/NEJMra1111610.
27. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2ao4.pdf> 26/03/2015
28. Roberto a. Mendoza B. Evaluación para medir el nivel de satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio en la consulta de medicina familiar en la HGZ/UMF2 de Irapuato, Guanajuato. Marzo 20

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA APLICACIÓN A PACIENTES

Instrucciones: marque con una "X" los datos personales que se le solicitan:

1.- características socio- demográficas:

NOMBRE: _____

EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD: _____

TURNO DE CONSULTA _____

RUBROS	Buena	Regular	Mala	No contesto
¿La apariencia del médico y asistente (bata gafete) ha sido?				
¿El estado en que están las instalaciones (aparencia y comodidad) ha sido?				
¿La calidad de atención por el personal médico fue?				
¿El tiempo de espera para ser atendido por el médico ha sido?				
¿La confianza que transmite el personal ha sido?				
¿La amabilidad del personal en su trato ha sido?				
¿La atención recibida por el personal médico fue?				
¿La capacidad del personal para comprender las necesidades del paciente ha sido?				
¿La información que el médico da a los familiares ha sido?				
¿El interés del personal médico hacia el paciente ha sido?				
¿Durante su tiempo de espera se le dio alguna información de lo que se hace en la clínica?				

Cuestionario de escala de Likert

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS DERECHOHABIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL TURNO MATUTINO EN LA UMF 47 DE LEÓN, GUANAJUATO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	León, Guanajuato 2014
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La población de la UMF 47, en la ciudad de León Guanajuato, está dentro de las unidades familiares de mayor afluencia de derechohabientes a nivel nacional, motivo por el cual es nuestro objeto de estudio, con el propósito de evaluar y la calidad de la atención del derechohabiente, y de esa manera identificar las desviaciones en el desempeño y los niveles óptimos de la calidad en el servicio de consulta externa.
Procedimientos:	Se evaluará la satisfacción a través de cuatro indicadores: Satisfacción general del servicio prestado, atención recibida, expectativas sobre requisitos y valoración global del servicio
Posibles riesgos y molestias:	Ningún riesgo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evaluar la calidad de la atención de los derechohabientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionaran los resultados del estudio una vez concluido a las autoridades pertinentes.
Participación o retiro:	En el momento en que el derechohabiente lo decida
Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores me han asegurado que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento de la calidad de la atención de los derechohabientes
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Juan Cisneros Reyna Matrícula: 99114272 Teléfono: 01 473 7 324835 Correo electrónico: med_john@hotmail.com Mayra Tanivet Lopez Carrera Matrícula 11702125 Tel. 7163737 Ext. 31407 mayra.lopezc@imss.gob.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° 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: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

SIRELCIS



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



"2015. Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1008
U MED FAMILIAR NUM 53, GUANAJUATO

FECHA 14/05/2015

DR. JUAN CISNEROS REYNA

P R E S E N T E

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

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS DERECHOHABIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL TURNO MATUTINO EN LA UMF 47 DE LEÓN GUANAJUATO

que 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-2015-1008-6

ATENTAMENTE

DR.(A). GERARDO RUBEN RAMOS GONZALEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1008

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS