



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Maestría en Ciencias de la Salud
Orientación en Educación

Calidad de la atención médica del servicio de urgencias del HGR 1 IMSS Delegación Querétaro

TESIS

Como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de la Salud con Orientación en Educación

Presenta:

Med. Gen. Claudia Gisela Rios Torres

Dirigido por:

M. en C. Genaro Vega Malagón

SINODALES

Dr. Genaro Vega Malagón
Presidente

Dr. Miguel Francisco Lloret Rivas
Secretario

Dr. Carlos Francisco Sosa Ferreyra
Vocal

Dra. Sandra Margarita Hidalgo Martínez
Suplente

M. en I. Ivette Mata Maqueda
Suplente

Med. Esp. Javier Ávila Morales
Nombre y Firma
Director de la Facultad

Firma
Firma
Firma
Firma
Firma

Dr. Irineo Torres Pacheco
Nombre y Firma
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Diciembre 2013
México

RESUMEN

De acuerdo con Donabedian, en la calidad en los servicios de salud está implicada la estructura, los procesos y los resultados. En México, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de salud se crea con el objetivo de mejorar los servicios de salud en las instituciones públicas y privadas. Se conoce la calidad de la atención médica en los servicios de urgencias desde la óptica del usuario más no del personal médico, motivo por el que se requiere determinar el conocimiento sobre calidad de la atención médica en el servicio de urgencias. Se realiza un estudio descriptivo en médicos adscritos a un servicio de urgencias, con la hipótesis de que el personal médico tiene un promedio de calificación de suficiente o excelente en conocimientos sobre calidad de la atención médica en el servicio de urgencias. Previo consentimiento informado se aplica un cuestionario ex profeso, estructurado, con respuestas si/no. Se mide: planeación estratégica, trato digno, relación médico paciente, atención al paciente, servicio oportuno, trabajo en equipo, estándares de práctica médica, mejora continua, procedimientos y reglamentos, nota médica, y consentimiento informado. El análisis estadístico descriptivo se lleva a cabo mediante el programa estadístico SPSS. Evaluamos a 57 médicos, obteniendo los siguientes resultados: relación hombre/mujer 2:1, especialistas, de base, promedio de edad 42 ± 8 años y antigüedad en el servicio de 12.82 ± 8.09 años, cuyo promedio de calidad de la atención médica es de 6.216 con un IC 95% que va desde 4.164 a 8.268, y una t de student de -12.863 (p .00). Destaca menor calidad de servicio oportuno y mayor calidad en nota médica.

(Palabras clave: calidad, atención médica, servicio de urgencias)

ABSTRACT

According to Donabedian, regarding the quality in healthcare services, there are several factors involved, such as infrastructure, processes and results. The National Crusade for quality in healthcare services was implemented so as to improve the healthcare services both in private and in public institutions. Quality is known from the user's viewpoint, however, it is not seen from the perspective of the provider of services, therefore, it is necessary to determine this knowledge of quality. Based on the hypothesis that 80% of the medical staff knows about this, a descriptive study was carried out on physicians ascribed to emergency room services, by means of the application – with the documented prior consent for this- of a survey, specifically designed for this purpose, which was structured as a series of questions for which yes/no answers were provided. The measured aspects were: strategic planning, dignified treatment, doctor-patient relationship, attention to the patient, prompt service, teamwork, medical practice standards, continuous improvement, procedures and regulations, medical note and informed consent. Assisted by SPSS, a descriptive statistical analysis was made. Out of 57 subjects the predominant men/woman ratio was of 2:1, for doctors with a permanent basis contract, with a specialty and of an average age of 42 ± 8 years old, and an experience at this service of 12.82 ± 8.09 years. The average for the quality in medical attention was of 6.216, with an IC of 95% that ranges from 4.164 to 8.268 and a Student's T test of -12.863 (p.00). The outstanding factors are a lower quality of prompt service and a higher quality in medical note

(Key words: quality, medical attention, emergency services)

A mi esposo y mis hijos, Zoé y Max

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme vivir, a mis compañeros de maestría y a mis maestros, por compartir esta etapa en mi vida.

En especial agradezco a mi esposo Alejandro porque nunca me dejó sola, siempre me apoya, y en las circunstancias más difíciles está conmigo.

Un agradecimiento especial a mi asesor de tecnología Cheque y su esposa.

Gracias a todas las personas que en lo largo de estos años me han apoyado, y tuvieron fe en mí. Gracias a mis hijos, a mi madre y a mis hermanos.

A todos ellos dedico esta tesis. GRACIAS.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Abstract	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros y figuras	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	3
II.1 Antecedentes históricos de calidad	3
II.2 Antecedentes históricos de la calidad de la atención médica	8
II.3 Calidad de la atención médica en México	13
II.4 Calidad de la atención médica y servicio de urgencias	20
III. METODOLOGÍA	37
III.1 Instrumento	38
III.2 Análisis estadístico	47
IV. RESULTADOS	49
IV.1 Variables socio-demográficas	49
IV.2 Calidad de la atención médica del servicio de urgencias	58
V. DISCUSIÓN	74
VI. CONCLUSIONES	81
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	92

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadros		Página
1.1	Distribución proporcional de las variables socio-demográficas según sexo en médicos del servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	50
1.2	Distribución proporcional de las variables socio-demográficas según edad en médicos del servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	51
1.3	Distribución proporcional de las variables socio-demográficas según turno en médicos del servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	53
1.4	Distribución proporcional de la variables socio-demográficas según preparación profesional en médicos del servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	54
1.5	Prevalencia de las variables socio-demográficas según especialidad, en médicos del servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008	55
1.6	Distribución proporcional de las variables socio-demográficas según estado laboral en médicos del servicio de urgencias del HGR No.1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008	56
1.7	Distribución proporcional de las variables socio-demográficas según antigüedad en médicos del servicio de urgencias, del HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	57
2.1	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre planeación estratégica, en médicos del servicio de urgencias de HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro,	58

	2008.	
2.2	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre trato digno, en médicos del servicio de urgencias, HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	59
2.3	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre relación médico paciente, en médicos del servicio de urgencias de HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	60
2.4	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre atención al paciente, en médicos del servicio de urgencias, HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	61
2.5	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre servicio oportuno, en médicos del servicio de urgencias de HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	62
2.6	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre trabajo en equipo, en médicos del servicio de urgencias, HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	63
2.7	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre estándares de práctica médica, en médicos del servicio de urgencias de HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	64
2.8	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre mejora continua, en médicos del servicio de urgencias, HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	65
2.9	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre procedimientos y reglamentos, en médicos del servicio de urgencias de HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	66
2.10	Tendencia de la calidad según conocimiento sobre nota médica, en médicos del servicio de urgencias, HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	67

2.11	Tendencia de la calidad según conocimientos sobre consentimiento informado, en médicos del servicio de urgencias de HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	68
2.12	Tendencia de la calidad de la atención médica, en médicos del servicio de urgencias, HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	69
2.13	Prueba de t para indicadores de la Calidad de la Atención Médica, en médicos del servicio de urgencias de HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras		Página
1.1	Pirámide poblacional de médicos del servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS, Delegación Querétaro, 2008.	44

I. INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados a través de estándares e indicadores de calidad han estructurado sus servicios de urgencias, y además, destinan mayor presupuesto para la salud, por lo tanto hay constante mejora del servicio.

Esto no sucede en países como México, donde se destina poco presupuesto a la salud y la demanda del servicio es cada vez mayor. Esta demanda supera por mucho la capacidad de los servicios de urgencias, y cada vez más tenemos pacientes que exigen un mejor servicio.

De aquí la necesidad de buscar alternativas de mejora y por consecuencia, de elevación de la calidad del servicio, pues si bien, aunque las demandas rebasen el servicio, por lo menos se puede otorgar dentro de las capacidades del personal médico, un servicio de calidad, a pesar de sus limitaciones, que haga sentir satisfecho al paciente.

La idea del proyecto es tener un panorama general de los conocimientos sobre calidad de la atención médica, enfocada al servicio de urgencias, ya que, se ha medido desmesuradamente a través de segundos actores como son los usuarios mediante la encuesta nacional de satisfacción del usuario y trato digno, que son indicadores que tienen mucho peso en nuestro país. Pese a que la calidad es un concepto complejo, el cuál engloba dos aspectos inherentes el uno del otro, paciente-personal médico. Por esta relación tan estrecha se medirá la calidad de la atención del servicio de urgencias desde el prestador del servicio.

Ahora bien, con este panorama sobre la calidad de la atención médica del servicio de urgencias se podrá tomar cartas en el asunto y proponer estrategias para los puntos con oportunidades de mejora y así poder llegar a cambios por cultura como serían actitudes, valores y llegar una nueva forma de actuar por convencimiento, ya que basados en nuevas formas de ver, pensar y actuar instalando sistemas operativos que respondan a los lineamientos y

orienten la actuación de clientes y servidores, a nivel funcional, estructural, técnico y recursos humanos.

Tal es la necesidad de establecer una estrategia que rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de los servicios, teniendo como punto de enfoque a los usuarios de los servicios, buscando la mejora sustantiva de sus condiciones de salud y garantizar un trato adecuado.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

II.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CALIDAD.

Suponemos que la calidad inicia en la prehistoria, cuando el hombre al construir y usar herramientas para el cultivo y la caza fue capaz de mejorar la calidad de lo que fabricaba (Suárez 2007).

La calidad se encuentra plasmada en la arquitectura antigua, lo cual nos hace pensar que debieron ser una inmensa fuerza de trabajo con gran capacidad organizativa y gerencial enfocada a la calidad para realizar esta magnitud de obras. La civilización griega tenía un término ideal para entender la calidad: *Areté*, que significa excelencia. Para Platón, *areté* era un concepto absoluto de excelencia perfecta, es decir “el bien o la más alta forma del todo”. (Suárez, 2001, 2007).

Incluso en la edad media al artesano se le consideraba un “experto” en su oficio, se preocupaba por el resultado de su trabajo y el juicio que emitiera el resto de su comunidad, por lo que buscaba corregir sus errores de manera que al terminar su producto pudiera obtener un beneficio del mismo para su imagen, por lo tanto la calidad del producto estaba asegurada y el objeto cumplía con todos los requerimientos de uso.

Para Suarez (2007) y Garbor (1992) con la Revolución Industrial se originó el control de calidad de hoy en día.

A partir de este punto surgen los autores que son pilares fundamentales de la calidad, como:

William Deming, fue el primero que introdujo en el concepto de calidad, y la define como lo que se debe construir en cada fase del proceso, desde la recepción de los insumos hasta el comportamiento del producto en manos del cliente. Su enfoque humanista ligado al control de calidad, veía al empleado como un hombre, un ser humano, y no como un robot automatizado.

Condiscípulo de Walter Shewhart y Kaoru Ishikawa. Deming (1989) basa su filosofía en 14 puntos y la *Reacción en Cadena de Deming*; refiere que mejorar la calidad engendra de manera natural e inevitable una reducción de costos y el incremento de la productividad.

Otro de los gurús de la calidad fue Joseph Juran, quien define la calidad desde la perspectiva del usuario, como la adecuación al uso. Su enfoque es más técnico. Su contribución es la calidad en la reducción de costos y la mejora de los estándares de los procesos de trabajo, además introdujo los conceptos de cliente interno, externo, macro y micro procesos. Su filosofía se basa en su modelo: *La trilogía de la Calidad* (Juran, 1990; Juran 1994).

Posteriormente aparece Kaoru Ishikawa, condiscípulo de Deming, quién se convirtió en uno de los pilares de la calidad, con: "*El control de la calidad es una revolución del pensamiento en la gerencia*". (Ishikawa, 1986).

Su concepto de calidad es desde dos enfoques: uno (estrecho), se refiere en esencia al producto, cuyas características deben estar de acuerdo a ciertas normas que especifica el cliente. Dos (amplio), que se refiere al resultado final del trabajo, de los procesos productivos, del personal obrero, de los mandos medios, de los ejecutivos, de la planeación de la calidad, del sistema de calidad, entre otros, lo que implica que el control de costos, calidad y productividad forman parte de un mismo todo que la empresa debe cuidar (sistema de gestión).

Su enfoque es humanista, ya que se basa en el trabajo disciplinado, metódico y sobretodo en equipo. Sus contribuciones fueron simplificar los métodos estadísticos utilizados para el control de calidad en la industria en general, descubrió, diseñó y fomentó el control total de calidad, y vino a consolidar los trabajos de Juran y Deming. Su filosofía es el modelo más integral, ya que resalta al ser humano como un ser pensante y participativo. (Ishikawa, 1989).

Dentro de sus aportaciones se encuentran *Las siete herramientas básicas de calidad* (Suárez, 2001), cuyo uso continuo puede llegar a eliminar hasta el 95% de los problemas de calidad en una empresa (Ishikawa, 1988). Fue el principal promotor de la educación como factor clave del éxito del control total de calidad: “*El control de calidad comienza con educación y termina con educación*” (Ishikawa, 1989), creía firmemente que para cambiar la cultura de una empresa, había que cambiar los procesos de raciocinio de las personas a través de repetir y repetir la educación. Con ello inició *Los círculos de calidad*, que es un programa para crear equipos de trabajo voluntarios que se encontrarían en las áreas de trabajo operativo (Ishikawa, 1989).

Para Armand Feigebaum, el concepto de calidad se transformó en *Control total de la calidad*, definido como un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento, y mejoramiento de la calidad realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción del cliente. Su enfoque se basa en la gestión o administración total de calidad. Su filosofía está definida como un grupo de principios que guían a la organización a lograr una mejora continua (Feigebaum, 1991).

Con Philip Crosby surge otro concepto diferente de calidad el cuál se basa en el cumplimiento de los requisitos del cliente. Dentro de su enfoque, la calidad depende más de la actitud y el compromiso de las personas que el de las herramientas estadísticas. Su filosofía se basa en que la calidad va más allá de la producción en busca de la perfección, se convierte en una percepción mental, un compromiso de afrontar los problemas de una organización con una actitud diferente para implantar las mejoras necesarias que te permitan cambiar la cultura organizacional. Su contribución fue *Cero Defectos (ZD)* que es un sistema de prevención donde su máximo estándar es siempre cero defectos. Se basa en las facultades de la gerencia para que los trabajadores logren este estándar de calidad y crea “*Los cuatro principios absolutos para la administración de la calidad*”, si éstos cuatro principios no se cumplen se acumulará cada día de trabajo “costos de la no calidad”. Propone 14 principios

para facilitar la introducción de los programas de calidad y mejora continua en una organización (Crosby, 1979; Crosby, 2000).

Ahora bien, como podemos ver todo esto surge en el marco posterior a la segunda guerra mundial, donde si bien Japón fue el país más afectado, por lo cual tenía que ver la manera de salir adelante, ya que no contaba con territorio ni con materias primas y sus productos eran de mala calidad, por lo cual algunos de estos grandes maestros como Deming, Shewhart e Ishikawa fueron aceptados en este país, con lo cual Japón empezó a mejorar la calidad de sus productos. Posteriormente Estados Unidos de América se dá cuenta de que este crecimiento en materia de calidad en Japón fue creación de su propia gente, decide seguir con esta filosofía de calidad, y empieza la contienda por la calidad de los productos a partir de 1970.

Por otro lado, algunos expertos en administración como Albrecht (1988), Carlzon (1989), Peters y Waterman vieron la necesidad de dar un plus a la calidad del producto y publicaron interesantes experiencias de empresas americanas y europeas que vieron la importancia del “servicio a los clientes” para lograr el éxito, con ellos inicia el concepto de calidad de los servicios.

Esta calidad enfocada al cliente aparece con Carlzon, con el concepto "momentos de la verdad", a partir del cual se desarrolló un programa de administración de la calidad para empresas de servicio. Los momentos de la verdad son intervalos que pueden durar tan sólo 15 segundos en los cuales, los empleados de una organización tienen contacto con sus clientes para otorgar un servicio, en esos momentos la institución se pone a prueba. Su imagen depende de la capacidad del empleado para dejar satisfecho al cliente y causarle una buena impresión (Carlzon, 1989).

Con este nuevo concepto de calidad de los servicios en conjunción con la calidad del producto nace el *Benchmarking* como uno de los enfoques más modernos y estimulantes que se pueden utilizar para evaluar la cultura organizacional orientada a la calidad y la productividad. La historia del *Benchmarking* es relativamente corta, pues se originó entre 1979 y 1982, en la

corporación Xerox, con Robert Cam, que lo define como un proceso positivo y continuo para medir nuestros productos y servicios en relación con nuestros competidores para encontrar e implantar la mejores prácticas; y Michael Spendolini, otro de sus creadores, lo define como un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y sistemas de trabajo de las empresas que son reconocidas por la utilización de las mejores prácticas, con el propósito de utilizarlos en la mejora de la organización (Rodríguez, 1997).

Este nuevo enfoque sobre la calidad de producto-servicio se va perfeccionando hasta que surge el término de reingeniería, como parte de este enfoque, con Michael Hammer y James Champy, como una reevaluación profunda del sentido general de la organización y la redefinición de procesos, como patrones de relaciones que conectan a los miembros de la organización con las personas ajenas a la misma. Según Hammer, "la reingeniería significa reconsiderar y rediseñar radicalmente estos procesos mediante los cuales creamos valor para los clientes y el trabajo que realizamos" (Hammer-Champy, 1993).

Al mismo tiempo que surgen estas teorías de la calidad, nacen en 1947 en Ginebra, Suiza, las normas ISO, con el objetivo de que tuvieran impacto sobre muchos sectores como electricidad, materia prima, servicios, entre los cuales destacan los servicios médicos. Estas normas se engloban en la familia 9000 que se especializa en la calidad de los procesos y productos de las organizaciones (Internacional Standard ISO 9000:2000). Ellas definen la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes de un producto, proceso o sistema cumple con los requisitos. Surge como una alternativa a nivel mundial, creada por diferentes organismos internacionales, de estandarizar procesos. A partir de esto nacen las normas ISO 9000, las cuáles fueron establecidas por la Organización Internacional de Estandarización (*International Organization for Standardization*). Se nombran *ISO*, que viene del griego "isos", que significa igualdad. (International Estándar ISO 9000:2000, Suárez, 2007).

No obstante, no es sino hasta las décadas de 1970 y 1980 que este interés en la calidad, comienza a tomar forma a través del desarrollo institucional de programas de “Garantía de Calidad” en hospitales de los países bajos, Canadá, Estados Unidos y España (Donabedian 1993; Ruelas 1990).

II.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Según Burmester (1997), Fernández (2003) y Suárez (2007) la calidad de la atención médica tuvo su origen con Florence Nightingale, quién aplicó la garantía de calidad en el hospital militar británico situado en Turquía, y organizó las actividades de las salas según el tipo de lesiones, se aseguró de que se mantuvieran limpios el entorno y los pacientes y tomó otras medidas que en la actualidad se dan por descontado en la labor cotidiana de los hospitales. A partir de este contexto surgió la calidad de la atención médica como motivo de preocupación desde el inicio de la atención hospitalaria. Ésta preocupación sobre la calidad de la atención médica ha acrecentado cada vez más en los últimos años. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación.

Con Flexner (1910), por primera vez se habló sobre calidad de la educación médica, al poner en relieve, a través de un estudio para la fundación Carnegie, la relación entre los egresados de las facultades de medicina y los pacientes, al transformar las instituciones de medicina en verdaderas universidades. Puso en evidencia la mala calidad de la formación médica en Estados Unidos de América y, como resultado, se cerraron 60 de las 155 escuelas médicas durante ese periodo, hasta 1920. (De Moraes, 1993).

Posteriormente quién por primera vez habló sobre la estandarización de los hospitales fue Codman (1914), quien en una disertación leída ante la sociedad médica del condado de Filadelfia, el 14 de mayo de 1911, señalaba lo siguiente: "Con esta disertación me propongo estimular la reflexión y el debate sobre la estandarización de los Hospitales. Doy por sentado que la palabra estandarización entraña un movimiento general cuyo objetivo es mejorar la

calidad de los productos en los que se invierten los fondos asignados a los Hospitales. Por lo común no es fustigando a los rezagados, si no estimulando a los mejores, como se logra elevar las normas. Por esa razón he escogido algunos de los mejores hospitales de Filadelfia como patrón de referencia." (Burmester, 1997).

Esto se volvió una realidad en 1918, a través del establecimiento del Programa Nacional para la Estandarización de Hospitales el cual, de un total de 692 hospitales, solamente aprobó 90, cuando propuso lo que denominó el método de los "resultados finales", para juzgar la práctica clínica, la organización, la administración y la estabilidad económica de un hospital. Sin duda, éste fue el pilar de la acreditación de hospitales, que surgió formalmente en los Estados Unidos a principios de los años cincuenta. (Burmester, 1997; De Moraes 1993).

Con R.I. Lee y L.W. Jones, se ponen las bases de los modernos criterios con que se evalúa la atención médica en la actualidad, cuyos fundamentos mencionan que: "la buena atención médica es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto periodo del desarrollo cultural y profesional de una determinada comunidad o grupo de población". Fundamenta su concepto de la buena atención médica en: 1) la atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, 2) enfatiza la prevención; 3) exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina, 4) trata al individuo como un todo, 5) mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente, 6) funciona en coordinación con el trabajo social, 7) coordina los diferentes tipos de servicios médicos; y, 8) buena atención médica significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas. (Lee-Jones, 1933).

El primer acercamiento hacia una metodología para evaluar la calidad de la atención Hospitalaria fue realizada por Sheps en su estudio donde comenta: "La mayor parte de los trabajos realizados hasta ahora en la evaluación de la calidad Hospitalaria han estado relacionados con las finalidades de corregir

abusos, establecer niveles mínimos y estimular mejoras de la calidad." La calidad de la atención puede evaluarse mediante un abordaje multidimensional que produzca un perfil del Hospital. La principal base de evaluación puede ser el uso de uno o varios de estos métodos: análisis de prerequisites para una buena atención; índices destinados a medir elementos de funcionamiento; índices destinados a medir el efecto de la asistencia por los resultados obtenidos y evaluaciones clínicas cualitativas (Sheps, 1995).

En 1951 se crea la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, una organización privada que, en ese entonces, trató de introducir y reforzar conceptos acerca de análisis retrospectivos de casos a través de las famosas auditorías médicas (1955) en la Sociedad Nacional de Médicos y Hospitales de EUA.

Con Paul A. Lumbcke en 1956, se proponen métodos científicos de auditoría médica. Define la auditoría médica como la evaluación retrospectiva de la atención médica por medio del análisis de los registros clínicos. Menciona además que "el propósito de las auditorías médicas es garantizar que las ventajas de los conocimientos médicos se aprovechen de manera plena y eficaz para satisfacer las necesidades de los pacientes. "Lumbcke también propone que al establecer criterios para evaluar la atención de los pacientes Hospitalizados, se observen ciertos principios de aplicación general: 1) objetividad; 2) posibilidad de comprobación; 3) uniformidad; 4) especificidad; 5) pertinencia; y 6) aceptabilidad (De Moraes, 1993; Lumbcke, 1956).

En 1966, el Dr. Avedis Donabedian propone tres enfoques de la evaluación de la calidad de la atención médica: estructura, proceso y resultados. La evaluación de la estructura se basa en la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; la estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica; la organización financiera y otros. Otra forma de enfocar la evaluación consiste en examinar el proceso mismo, esta posición se justifica porque se supone que no interesa el poder de la tecnología médica para alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que

ahora se conoce como buena atención médica. Otro enfoque propuesto para la evaluación es el resultado de la atención médica en términos de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia; los resultados son en general, los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica (Donabedian, 1966, 1980, 1984, 1993; Mira, 1992; Saura, 1997).

En 1973, David M. Kessner realiza la evaluación de la calidad de la Salud por el método de indicadores, en su artículo menciona que "mediante la adopción de una serie de criterios se selecciona un conjunto de problemas específicos de salud, llamados indicadores". Cuando un indicador se utiliza en una comunidad hipotética atendida por un centro de salud, se pueden procesar datos que demuestran la aplicación del método de los procesos de indicadores. Mediante la evaluación de los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del conjunto de indicadores y del resultado del tratamiento, es posible evaluar la calidad de la atención brindada, en forma rutinaria por un sistema de atención de salud (Kessner, 1973).

En 1983 Grönroos, intentó sistematizar los diferentes parámetros de la calidad, los agrupó en cuatro tipos, denominándolos conceptualmente como:

- a) Calidad científico-técnica, que se juzga en relación a los avances técnicos y científicos disponibles en ese momento y con base en el juicio profesional.
- b) Calidad funcional. Es la atención que se presta tal como es percibida por el paciente o su familia.
- c) Calidad corporativa, por ejemplo la imagen que transmite un centro de salud, juzgada por los pacientes, sus familiares, los pacientes potenciales y los propios profesionales, y que condiciona a los otros elementos de la calidad.
- d) Gestión de la calidad. Que son un conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una institución.

En 1983 Palmer define la calidad con base en el análisis de sus diferentes componentes:

a) Calidad científico-técnica: competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.

b) Accesibilidad: facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.

c) Efectividad: grado con que la atención de la salud consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.

d) Eficiencia: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costos generados, tanto para el prestador de servicios, la institución y el paciente.

e) Satisfacción o aceptabilidad: grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.

Dickens (1994), propone que la atención médica debe prestarse de tal forma que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. Ya que, la satisfacción, desde la práctica médica, es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal, comodidad de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la atención y, cuando proceda según el tipo de sistema de aseguramiento, una valoración por parte del paciente del costo del tratamiento.

En el campo de la atención a la salud, el interés por garantizar la calidad surge de la responsabilidad que el médico adquiere con su paciente de buscar lo mejor para él (principio de beneficencia). En ese sentido también, la preocupación por la calidad actualmente está asociada a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados (Suñol y Bañares, 1997).

Regularmente, en el campo de la atención a la salud, se ha definido a la calidad considerando los siguientes criterios básicos:

- Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia.
- Prestar los cuidados apropiados a las necesidades.
- Otorgar en forma idónea la atención de cuidados de salud de que se es capaz.
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

De acuerdo a dichos criterios, los parámetros de la atención a la salud deben establecerse por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad (Lee y Jones, 1993).

II.3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO

En la constitución política de los estados unidos mexicanos el artículo 4to de las garantías individuales marca lo siguiente: “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*”. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución (Constitución Política Mexicana, 2009).

Los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de 1950, cuando iniciaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social que, de una u otra manera, se preservaron hasta finales de los setenta. Entre 1985 y 1986

destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA. Sin embargo, es en la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios en una de las instituciones de seguridad social del país (Ruelas-Reyes, 1990; Frenk y col, 2002).

Julio Frenk, en 1985, al tratar de definir un marco conceptual para el análisis de la accesibilidad de servicios de salud señala que "el objetivo último de mejorar los niveles de accesibilidad es contribuir a niveles más altos de salud de la población, la norma de accesibilidad apropiada podría ser la curva de isoaccesibilidad del grupo que tenga el más alto nivel de salud. De esta suerte, podrían planearse políticas específicas para acercar a otros grupos a la curva estándar de la isoaccesibilidad, ya fuera reduciendo la resistencia con que se topan dichos grupos, o aumentando su poder para superar dicha resistencia". Por lo anterior es conveniente conceptualizar y medir la accesibilidad como el "grado de suerte" entre las características de atención a la salud y las características de la población. (Frenk, 1985).

En 1986, la Comisión Conjunta presenta un proyecto llamado "agenda para el cambio" con la meta de desarrollar un programa de monitorización y evaluación de la calidad hacia el año 2000, dirigido a resultados clínicos, con énfasis en el desempeño del equipo organizacional y de salud, usando indicadores específicos identificados por sociedades científicas o por paneles de expertos. (De Moraes, 1993).

El 25 de mayo de 1989 fue creada, por el Instituto Nacional de salud Pública, la Unidad de Garantía de la atención médica, con el objetivo de desarrollar conocimientos en materia de garantía de calidad y fomentar su aplicación en los servicios de salud, su misión fue crear un cultura de calidad y concientizar al personal de salud sobre su contribución en la calidad en la prestación de un servicio, para que participe en una forma decidida, entusiasta, y eficaz. Las áreas que se desarrollaron fueron: 1) sustantiva: enseñanza, Investigación, asesoría e información; 2) metodológica: monitoria, evaluación,

diseño, desarrollo, cambio organizacional; y 3) influencia: tres niveles de atención (Ruelas-Vidal, 1990; Ruelas 1990).

En 1990, en la Secretaría de salud del estado de Oaxaca se realizó un estudio donde se identificaron seis tareas que estructuran la relación médico paciente: identificación, historia clínica, exploración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La investigación se llevó a cabo con una muestra de 168 pacientes, y 17 médicos de 9 localidades, encontrándose que en la mayoría de los casos no existe una relación médico-paciente, sino que es una relación médico problema, por lo cual no se produce la educación para la salud de calidad, orientada a forma individuos de su proceso salud-enfermedad (Campero, 1990).

En el mismo año, González (1990) refiere que el médico debe seguir cuando menos seis pasos para considerar a la consulta como técnicamente adecuada. Estos pasos son: 1) interrogatorio, 2) exploración física, 3) diagnóstico, 4) prescripción, 5) información al paciente y 6) cita de seguimiento. Realizó un estudio que incluyó 164 centros de salud, 310 médicos y 2,782 pacientes, para medir la calidad de la atención médica, y obtuvo los siguientes resultados 27 % de los pacientes recibió una atención médica satisfactoria (en base una escala de tres valores: satisfactorio (1 a 4), deficiente (5 a 8) e inaceptable (9 a 12), 47% atención deficiente y 26% atención inaceptable.

Al mismo tiempo en el Distrito Federal se establecía un programa de garantía de calidad a través de los círculos de calidad y la creación de la Unidad Departamental de Investigación de servicios de salud, con el objetivo de generar, integrar y analizar la información y las alternativas propuestas para mejorar de la calidad (Laguna, 1990; Reyes, 1990).

Ruiz (1990) crea una metodología para evaluar la calidad de los servicios con base en los procedimientos y las experiencias del sector salud, “el Grupo Básico de Evaluación”, cuyo objetivo es dar un diagnóstico situacional operativo, para facilitar la identificación de los problemas en la prestación de servicios, y la elaboración de alternativas de solución; los ámbitos a los que se

aplica son: infraestructura, equipo, insumos, recursos humanos, responsable de la aplicación, periodicidad, autoevaluación, instrumentación, y elaboración de comités técnicos (Ruiz, 1990; Schlaepfer, 1990).

En el marco de la Encuesta Nacional de Salud (1994), Bronfman realizó un estudio cualitativo donde predominaba un sentimiento de desconfianza hacia los servicios de salud, que tenía que ver con la atribución de la insuficiente capacidad técnica, breve duración de la consulta, desconfianza hacia el tratamiento prescrito y la calidad del medicamento, burocratización de los procedimientos para dar la atención y pérdidas de tiempo para los usuarios, y la mala calidad del trato humano que se reciben en las instituciones de salud (Bronfman, 1997).

En 1997 se concedió el primer Premio de Calidad Estatal, en Nuevo León, a una organización de salud: la Clínica Cuauhtémoc y Grupo Femsa. Igualmente, se otorgaron premios estatales con los cuales se distinguió, por ejemplo, al hospital de PEMEX en Salamanca, a la oficina central de la Secretaría de Salud de Guanajuato, y a hospitales del IMSS y de la SSA en Veracruz y en Tabasco.

A diferencia de estos resultados, Ramírez (1998), realizó un estudio descriptivo sobre la encuesta nacional de Salud (1994), a 3,324 usuarios, donde se encontró que el 82.1% de los usuarios percibió que la calidad de la atención fue buena y el 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%), y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social percibieron 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de la atención, que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de la atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18%) y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los que los usuarios no regresaron al mismo lugar de atención, fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%).

En este reto de mejorar la calidad de los servicios de salud, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado antes a través de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector público como por las del sector privado, durante los últimos 15 años; sin embargo, el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos. Por lo que se hace necesario establecer una estrategia nacional, así se plantea El Programa Nacional de Salud 2001-2006 que identifica a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano, cuya finalidad es el rescatar y arraigar a la Calidad como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud. Así nace una política sanitaria que reconoce a la Calidad como un reto para que el sistema de salud logre mejores condiciones de salud y garantía de trato adecuado a la ciudadanía. Diseñada con las experiencias documentales y testimoniales de trabajadores de la salud (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud) reconocidos en este campo, con las opiniones y validación de un Consejo Asesor, y los contenidos de las ponencias de foros nacionales y estatales. Su modelo conceptual incluye un marco de valores relacionados con el humanismo en salud y en la administración, así como una serie de elementos que den integralidad al diseño y practica de la estrategia, estos son: visión, misión, participación social, valores explícitos, diseño organizacional, liderazgo, racionalización de recursos, planeación estratégica, estandarización de procesos, indicadores clave, información, benchmarking, educación de, para y sobre calidad, mejora continua, reconocimiento y cambio. Con esto surge la encuesta nacional por la calidad de los servicios y los criterios de certificación de para hospitales y la cédulas de acreditación de procesos y resultados para la evacuación de los hospital, a través de auditores internos y externos (Frenk, 2002).

En el año 2000 había ya 97.4 millones de mexicanos, 14.3% de los cuales tenían derecho a los servicios de seguridad social; el resto utilizaba otros servicios públicos y privados. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 1994 refiere que una tercera parte de la población mexicana ya acudía a servicios de salud en el primer nivel de atención de la medicina privada. La

ENSA del 2000 señaló que la medicina privada atendió a 27% de la población mexicana; de ese total, 35% era derechohabiente de alguna institución (SSA, 1994, 2000). Muy cerca están los datos de la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México de 2000, cuyos resultados señalan que 32% de la población mayor de 18 años utilizó servicios privados en el año previo a la encuesta. Las encuestas antes mencionadas coinciden en que las razones por las cuales la población recurrió a la medicina privada tuvieron que ver sobre todo con la deficiencia de los servicios de salud públicos, es decir, los usuarios no están satisfechos con la atención que reciben, pues el trato personal es inadecuado, están en desacuerdo con el diagnóstico y tratamiento, ven problemas en la disponibilidad y efectividad de los medicamentos y no perciben mejoría en su estado de salud (Zurita, 2001).

En el 2002 el Consejo Nacional de Salud, reorganizó la lista de indicadores de medición de calidad, a 58 indicadores, sustentados en atributos deseables: anticipación, efectividad, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, eficiencia, y sustentabilidad. Fueron creados en 1995 inicialmente con 71 indicadores, para 1998 se convirtieron en 46 (Dirección General de información y evaluación de desempeño de la Secretaría de salud, 2002; Frenk 2002).

Para Tena (2003) el concepto de calidad en la atención médica tiende a presentar dificultades, ya que la satisfacción del paciente no siempre alcanza un nivel de plenitud aún cuando el acto médico haya sido impecable; por su parte, el médico tampoco ve cubiertas sus necesidades profesionales, lo que conlleva a la frustración y, desde luego, a la imposibilidad de alcanzar la meta de calidad. Aunque en México se realizan esfuerzos para incentivar la mejora continua de la calidad de los servicios de salud mediante apoyo a la investigación, fomentando las estrategias, los indicadores y los mecanismos de evaluación establecidos en el programa de la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*, la mitad de los asuntos atendidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se debe a trato inadecuado, a información incompleta o ininteligible, es decir, a trastornos en la comunicación entre los médicos responsables de la atención, los pacientes y sus familiares. La habilidad del médico para poner en común su percepción y conocimiento —

técnico y científico— con la percepción y expectativas predominantemente afectivas del paciente, está influida por el pensamiento biologista aprendido durante la formación profesional.

En el 2004, Ortiz realizó un estudio en hospitales de Hidalgo con el objetivo medir la satisfacción de los usuarios, bajo la premisa de que dentro de las medidas de evaluación de la calidad se encuentran las evaluaciones del usuario y del desempeño, y la satisfacción del usuario constituye una de las variables más importantes en dicha evaluación. Obteniendo que la insatisfacción fue del 15,06%, la cual se relaciona con las omisiones en el proceso de la consulta, el mal trato por parte del médico y con la percepción de mala de la calidad de la atención (Ortiz, 2004).

En el 2006, el IMSS y la división Técnica de información estadística en salud, presentaron los resultados de la publicación Salud: México 2004, donde se realizó una evaluación comparativa de las instituciones de seguridad social del país, mediante 29 indicadores englobados: mortalidad intrahospitalaria, productividad y disponibilidad de recursos, calidad de la atención, seguridad del paciente, gasto e inversión, trato y satisfacción del paciente. Las fuentes de información provienen de los diferentes sistemas institucionales de información en salud, las bases de datos de egresos de la Secretaría de Salud y del IMSS, la información del Consejo de Salubridad General y los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado 2005, en la que se entrevistó a 18 mil usuarios de los servicios de salud sobre la satisfacción con la atención, el trato recibido y el abasto de medicamentos. Los resultados arrojados en cuanto a indicadores generales de calidad fueron: la certificación de hospitales donde Pemex tiene 91.3 % de sus 23 hospitales, el IMSS con 44.4 % de 260 hospitales, las fuerzas armadas muestran los porcentajes más bajos de hospitales certificados. Destacan los altos niveles de satisfacción registrados en todas las instituciones de salud. Respecto a la atención pronta en el servicio de urgencias y de la cirugía programada, IMSS-Oportunidades ocupó el primer lugar. Los tiempos de espera para la atención médica de urgencia muestran porcentajes que favorecen notoriamente a IMSS-Oportunidades, 10 % por arriba del ISSSTE, la institución más cercana. La

calificación del trato respetuoso es alta para todas las instituciones. En la comunicación entre usuarios y proveedores el IMSS y el ISSSTE recibieron calificaciones ligeramente más bajas, atribuible a los reducidos tiempos de consulta. Referente a la confidencialidad, las unidades ambulatorias de la Secretaría de Salud fueron las mejor calificadas y contrastan con las unidades hospitalarias de esa misma institución. El ISSSTE es la institución que muestra un mejor equilibrio de calificaciones entre unidades ambulatorias y hospitalarias. El porcentaje de usuarios que aprobó la limpieza de los servicios sanitarios institucionales fue bajísimo (Fernández, 2006).

Para Guix (2006) los derechos de los pacientes no son suficientemente conocidos y el derecho a la información es valorado como más importante que el derecho al ejercicio de la autonomía.

Para González (2007), la manera de mejorar la calidad de los servicios médicos es mediante la definición explícita de prioridades en intervenciones de salud, ya que representa una oportunidad para México de equilibrar la presión y la complejidad de una transición epidemiológica avanzada, con políticas basadas en evidencias generadas por la inquietud de cómo optimizar el uso de los recursos escasos para mejorar la salud de la población, guiar el desarrollo de capacidades a largo plazo; la importancia de favorecer un enfoque para institucionalizar el análisis ex-ante de costo-efectividad; y la necesidad del fortalecimiento de la capacidad técnica local como un elemento esencial para equilibrar los argumentos sobre maximización de la salud con criterios no relacionados con la salud en el marco de un ejercicio sistemático y transparente.

II.4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SERVICIO DE URGENCIAS

Los médicos adscritos a un servicio de urgencias en cualquier hospital general o especializado, enfrentan serios problemas que aún no se han podido resolver: alta demanda de atención, carencia de recursos materiales, humanos, y durante la última década, demandas o quejas médicas que secundariamente

han motivado deterioro en la relación médico-paciente y entre el equipo médico (Aranaz, 2004; Juárez, 2001; Viveros 2002).

En relación con los recursos humanos, es frecuente que el personal que labora en la consulta de urgencias, frecuentemente no sea el perfil de idoneidad. Actualmente las instituciones de salud en el país, sufren alta demanda de atención, con mayor intensidad en los servicios de urgencias, las que se encuentran abarrotadas de enfermos, las causas de esta sobredemanda de atención es multifactorial: saturación en las Unidades de Medicina Familiar, el paciente considera que en las salas de urgencias tienen más posibilidad de ser atendido por médicos especialistas o porque se cuenta con mayores recursos tecnológicos para su estudio y tratamiento, otros acuden con la esperanza de agilizar o tramitar una solución a problemas administrativos como un dictamen médico, licencias médicas y lograr ingresar al hospital para estudio de un padecimiento que no se ha podido resolver en otra instancia (Aranaz, 2004; Juárez, 2001; Viveros 2002).

Hasta ahora, y dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), la actividad asistencial realizada en los servicios de urgencias no ha sido, de manera adecuada, tomada en cuenta al desarrollar los sistemas y contratos de gestión, fundamentalmente en los centros hospitalarios, ni ha tenido el adecuado asiento en los sistemas de información, lo que ha impedido establecer mecanismos y herramientas de gestión de dicha actividad, incoordinándola en los contratos de los hospitales. Por el mismo motivo, no se ha podido realizar hasta ahora una evaluación comparada en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) de la calidad y cantidad de sus prestaciones, entre otras razones por la inexistencia de un conjunto definido de indicadores que sirvan como sistema de medida común y homogéneo para todos ellos (Govindarajan, 2008).

En los servicios de urgencias la mayoría de las quejas en contra de los médicos no es por los riesgos que tiene el enfermo al recibir un tratamiento, o por una acción u omisión médica, la gran mayoría son por problemas de actitud o de mal trato al usuario, las causas de esta conducta es de origen

multifactorial, pero ninguna justifica este comportamiento. Podría mencionarse la intensa carga de trabajo, poco personal para la atención, en ocasiones la carencia de recursos materiales, factores económicos (honorarios injustos), el hecho de trabajar bajo intenso estrés y con temor a tener una demanda legal. La alta frecuencia de demandas legales contra los médicos también ha motivado deterioro en la relación entre el equipo médico y es frecuente que en el expediente clínico observemos notas en las que se trata de deslindar la responsabilidad al interconsultante o se culpe a la institución por no proporcionar equipo, medicamentos o estudios especiales (Aranaz, 2004; Juárez, 2001; Viveros 2002).

Para 1990 con la visita del doctor Donabedian, el IMSS editó y difundió en los diferentes hospitales del país el documento: Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS; dicho método se aplicó en todos los hospitales del IMSS.

En 1993 con Gortari Gorostiza, Hurtado Belendez, Ruelas Barajas, Aguirre Gas y De la Fuente se crea la Comisión Mexicana de Certificación de Hospitales.

Para Ortún y Gérvas (1996), donde existe una práctica de medicina general de calidad, hay médicos adecuadamente formados (conocimientos, habilidades y actitudes), y pautas preventivas y protocolos, con la idea de disminuir la variabilidad y de aumentar la calidad. Refiere que uno de cada tres ciudadanos acude a urgencias hospitalarias en un año. El 80% de las personas van por iniciativa propia. El 30% de los casos atendidos son auténticas urgencias hospitalarias. El resto son urgencias no hospitalarias (40% del total) o «no urgencias» (30% del total).

El 18 de Noviembre de 1998 se constituyó el grupo de trabajo SEMES INSALUD de Calidad en Urgencias y Emergencias que elaboró el documento de Indicadores de Calidad y de Dolor torácico.

Gómez (2003), refiere que para hacer frente a estas demandas, se han creado algunos sistemas para la mejora del servicio de urgencias entre los que destaca el triage de urgencias o clasificación de pacientes en los servicios de urgencias o emergencias. Ahora bien, el funcionamiento eficaz de un sistema de triage estructurado, como indicador de calidad de riesgo y eficiencia, necesita de la existencia de un equipo de profesionales que pueda identificar las necesidades de los pacientes, decidir las prioridades y realizar las primeras medidas de atención y asistencia sanitaria. La estructuración del triage conlleva mecanismos de control continuo de todo lo que pasa dentro del servicio de urgencias y en las áreas de espera, pues son funciones inherentes al proceso de clasificación: la ubicación de los pacientes clasificados, el control de tiempos de espera, el control de salas y espacios; así como, indirectamente, la gestión de la actividad de los diferentes equipos asistenciales. El triage se convierte así en un instrumento valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio de urgencias, colaborando en la eficiencia del servicio y aportando un orden justo en la asistencia, basado en la urgencia/gravedad de los pacientes (Gómez 2003).

En México es creada por el presidente Vicente Fox Quezada y el secretario de salud Dr. Julio Frenk Mora, una cruzada para la mejoría de la calidad de la atención que reciben nuestros enfermos, apoyada en una mejor capacidad de los médicos y en el derecho ineludible del paciente de la libertad de elección del médico. (Frenk, 2002; Arenas 2002).

Arenas (2002) y Jiménez (2004), destacan que es imprescindible reformar los procesos de educación y atención a la salud. Es importante establecer una educación de calidad y conocimiento de lo que ésta significa. Debemos recordar que la base de una mejoría en la calidad es reducir la variabilidad y estandarizar los cuidados así como de la disponibilidad de uniformidad en estándares de manejo, a través de guías de práctica, protocolos reconocidos o establecidos.

Chang (2000) realizó un estudio transversal, para evaluar algunos aspectos de la calidad de la atención médica brindada por servicios de

urgencias. Para ello se aplicó un cuestionario autoadministrado a los usuarios (328 pacientes). El comportamiento de los criterios seleccionados para medir la estructura y el proceso (Donabedian, 1966) arrojó valores no aceptables en casi la totalidad de los criterios y manifestó amplias desviaciones de los valores obtenidos en relación con los establecidos. Por lo tanto la calidad de estos servicios es susceptible de mejoras que permitan que estén a la altura de lo esperado por los usuarios y la resolutivez de sus problemas.

El grupo de trabajo SEMES-Insalud (2001), con base en lo estipulado por Donabedian (1966), establecen tres grupos de indicadores, para medir la calidad de la atención médica en el servicio de urgencias:

- Indicadores de actividad: son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de urgencias. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de los recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de urgencias de otros centros.
- Indicadores de calidad de proceso: son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.
- Indicadores de resultado: son aquellos que miden los resultados finales de las actividades asistenciales. Informan por tanto de la calidad y capacidad técnica y resolutivez del servicio de urgencias.

Para Herrera (2001) el control de calidad debe incorporarse al proyecto asistencial de cualquier servicio clínico. El Plan General de Calidad debe evaluar los aspectos científicos y técnicos de la actuación, los cuidados humanos recibidos, la seguridad del enfermo y la eficacia de la atención prestada. Su metodología se fundamenta en el análisis de la estructura organizativa y funcional, el estudio del proceso asistencial y la medición de los resultados obtenidos. Para ello se utilizan como instrumentos de valoración criterios, estándares e indicadores, que son los encargados de definir la idoneidad de la asistencia y establecer la vigilancia sistematizada de la actividad. Las medidas correctoras y los ajustes de las desviaciones detectadas

se establecen mediante protocolos y guías de práctica clínica específicas. La estrategia para su implantación y desarrollo tiene que ser progresiva y participativa, siendo conveniente nombrar un responsable directo. El objetivo final es la mejora continua de la atención al paciente y familiares y el perfeccionamiento profesional.

Para Gea (2001) La calidad se consigue evaluando el proceso tecnológico y también modificando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad del producto. En el servicio de urgencias es necesario conocer qué opinan los clientes, e incorporar esta visión a la evaluación de las tareas. Realizó un estudio descriptivo sobre la opinión sobre el nivel de calidad se obtuvo mediante entrevista telefónica, cuyo propósito es conocer la opinión los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias y qué elementos influyen en la misma. Las variables de opinión analizadas fueron las definidas por el modelo SERCAL adaptación de SERVQUAL (Servicio accesible, servicio confortable, servicio personalizado, servicio de garantía). La puntuación media de satisfacción fue 7,78 (escala 0-10). La accesibilidad del servicio fue el factor peor valorado y, el mejor el servicio personalizado. Con relación a la accesibilidad, los elementos que influyen negativamente fueron: desorganización y descoordinación del personal y mal funcionamiento del sistema de priorización de enfermos. La garantía y el trato personalizado que ofrece el personal sanitario fueron valorados positivamente; y negativamente el que ofrece el personal no sanitario. Por lo tanto la opinión de los usuarios sobre la calidad es aceptable pero mejoraría con el entrenamiento adecuado del personal sanitario y no sanitario en habilidades de relación interpersonal, una reorganización del sistema de priorización y una revisión de la organización de los servicios, para reducir el tiempo de espera.

Para Aranaz (2004) la preocupación por la calidad asistencial y por la eficiencia en la utilización de recursos sanitarios, junto con el aumento de la demanda en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), hace necesario valorar la adecuación de esta demanda a las necesidades de salud de la población subsidiarias de atención urgente. Por otra parte, que la respuesta de un servicio de urgencias se acomode a las necesidades poblacionales está en

relación con su particular organización y su estilo de práctica clínica. Ambos factores determinan tanto el uso de los recursos diagnóstico-terapéuticos como la adecuación de los ingresos que efectúa. Realizó un estudio de tipo transversal donde obtuvo que de las 499 consultas seleccionadas, no se pudo estudiar las correspondientes a 40 pacientes (8%) que, por motivos desconocidos, abandonaron el servicio de urgencias antes de ser atendidos, el 30.7% eran urgencias no calificadas.

Para Peña (2002) y Govindarajan (2008) 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. 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. Por lo cual refiere que es necesario un cambio y un pensamiento con base en calidad, y para ello propone los principios básicos de W. Edwards Deming: los 14 pasos para lograr la calidad y el círculo de Deming (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). Además de esto, Peña sugiere que:

- 1.- Iniciar el cambio con una buena administración de la jefatura del servicio de urgencias. Se debe contar con un plan estratégico que guíe al equipo, hacia sus metas y objetivos.
- 2.- Las acciones médicas son fundamentales para reducir ingresos innecesarios y disminuir el tiempo de estancia en urgencias.
- 3.- Información. Punto clave para reducción de riesgos. Es un derecho del paciente, es una obligación del médico.
- 4.- Amabilidad y cortesía. Éstas son dos cualidades que tiene el personal de salud. Por algo se estudió para médico, tener la “vocación” dirían algunas personas. Cuidar, ayudar, no dañar preceptos del médico de urgencias.

5.- Apoyo diagnóstico y terapéutico. La medicina actual es de equipo, el servicio de urgencias requiere apoyo inmediato de otras especialidades, son padecimientos de urgencia, no puede esperar la interconsulta hasta mañana.

6.- Expediente clínico adecuado. El expediente refleja muchas situaciones del servicio. La buena elaboración del expediente clínico, el orden, la pulcritud, legibilidad, cumplimiento con la norma oficial Mexicana para el expediente clínico, etc.

7.- Supervisión de los procesos.

Ahora bien, para Aguirre Gas (2008) la calidad de la atención médica en México es un desafío ya que el interés por la calidad no ha sido constante ni está en la mente de todos los responsables de los servicios de salud. Los esfuerzos realizados en un sexenio generalmente se suspenden cuando inicia uno nuevo o cuando el presupuesto escasea o hay recortes en las finanzas. Hasta la fecha no ha existido una planeación ni a mediano plazo ni a largo plazo, que garantice la evaluación de la calidad de la atención médica y menos de los servicios de urgencias. No han existido una línea uniforme ni una tendencia conceptual que permita enmarcar un programa para la mejora continua de la calidad; existen confusiones de fondo, dentro de las cuales las que mayor impacto han tenido son:

1.- Confusión entre el concepto de calidad y los conceptos de eficiencia y productividad.

2.- Confusión entre la calidad en la atención médica y la calidad en la producción industrial.

3.- Confusión entre calidad de la atención médica y calidad de atención a la salud.

Bajo la coordinación del doctor Jesús González Posada y el doctor Adolfo Merelo Anaya y encabezado por el doctor Héctor Aguirre Gas, se desarrolló un sistema de evaluación con base en la teoría de sistemas y preceptos marcados en los Estados Unidos por Avedis Donabedian, incluyendo en el proceso de evaluación la estructura de las unidades médicas, el proceso de atención y sus resultados; integrándose así el Sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas y evaluación de la calidad, que considera cinco grados en función del logro del objetivo de la misma:

Excelente (9 - 10): cuando se hubiera logrado el objetivo pretendido de la atención y a satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios.

Suficiente (7 - 8): en aquellos puntos en que se acreditó el logro del objetivo propuesto en la evaluación, sin haberse documentado la satisfacción de los usuarios.

Insuficiente (5 - 6): cuando el objetivo pretendido no hubiera sido alcanzado, conforme a los resultados de la evaluación.

No realizado (3 - 4): en los casos que no se hubiera otorgado la atención requerida para el logro del objetivo comprometido.

Inadecuado (0 - 2): cuando la omisión de las acciones para la consecución del objetivo o su realización en forma incorrecta condujo a daño para el paciente.

Las calificaciones de excelente y suficiente se consideraron como aceptables, si bien la segunda, susceptible de mejorarse. Las calificaciones de insuficiente, no realizado e inadecuado, se catalogaron como inaceptables y se consideraron como problemas que deberían ser atendidos y resueltos de inmediato.

Se obtuvieron resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado entre 1997 y 1999 en más de 1,900 centros de salud y 214 hospitales generales de la Secretaría de Salud, que son muy ilustrativos. Ya que demuestran que en las unidades de primer nivel hay graves problemas de abastecimiento de medicamentos, mientras que en los hospitales el equipamiento es insuficiente y obsoleto. En ambos tipos de unidades hay además un uso deficiente de los expedientes clínicos y un serio problema de apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. Otro indicador que nos habla de la existencia de problemas de calidad en el sistema es la falta de certificación de las unidades de salud. De los casi 4,000 hospitales públicos y privados que existen en México, a la fecha sólo han sido certificados 321. Esto significa que en 92 por ciento de los hospitales mexicanos el usuario carece de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una buena calidad en la atención (Frenk y Gómez- Dantés 2001).

Para el 2001 con el programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, creado como una estrategia para hacer frente a los retos del Sistema de Salud Mexicano, con el objetivo general de Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población.

Se identifican 25 factores que determinan el éxito en los procesos de cambio, estos factores se responden en dos preguntas y argumentan una afirmación:

I.- ¿Por qué y hacia dónde? (dar valor al valor)

1. Selección de líderes-directivos
2. Divulgación de la visión y los objetivos
3. Identificación de expectativas y necesidades de los clientes
4. Participación amplia de todos los posibles involucrados en la Cruzada
5. Definición y análisis de los macro-procesos clave
6. Especificación de comportamientos esperados (estandarización)
7. Demostración fehaciente de la necesidad de cambiar
8. Demostración contundente de resultados factibles
9. Divulgación de la necesidad de cambiar y de los resultados posibles

II.- ¿Cómo y con qué? (facilitar el proceso)

10. Desarrollo de líderes locales por la calidad
11. Educación sobre, para y de calidad a los profesionales de la salud
12. Racionalización de los recursos (humanos, materiales, financieros, físicos y tecnológicos)
13. Financiamiento creativo
14. Monitoreo y evaluación periódica del proceso de cambio
15. *Benchmarking*
16. Mercadeo social del proceso y los resultados
17. Uso de tecnología informática y telecomunicaciones

III.- Es importante cambiar y seguir mejorando (arraigar el valor de la calidad)

18. Rendición de cuentas

19. Motivadores: consecuencias positivas y negativas del desempeño + liderazgo
20. Diseño organizacional funcional
21. Procesos de mejora continua-calidad total
22. Facultamiento de los actores de los procesos
23. Regulación promotora del cambio y de la calidad
24. Reconocimiento de variaciones regionales dentro de límites aceptables

La Cruzada nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se compone de tres estrategias:

- 1.- Impulso al Cambio (con 16 líneas de acción)
- 2.- Aprendizaje y respaldo (con 29 líneas de acción)
- 3.- Sustentación (con 25 líneas de acción)

Para su despliegue, cada estrategia de la Cruzada incluye líneas de acción distribuidas a cuatro grupos de objetivos: 1) usuarios de los servicios; 2) prestadores individuales; 3) organizaciones prestadoras de servicios; 4) sistema de salud general. Cada una de las líneas de acción deberá dar origen a un plan de acción específico en el que se identifiquen además de las acciones concretas su secuencia en el tiempo, los recursos necesarios, los responsables de cada una de ellas, el o los indicadores con los cuales se medirá el avance de cada una, y las metas a alcanzar en cada caso.

Las tres estrategias incluyen en total 70 líneas de acción, cada una de las cuales dará origen a un plan de acción específico para cuyo diseño se convocará a organizaciones y personas involucradas y bajo tres premisas estratégicas que buscan dar factibilidad a la intervención:

- 1.- Empieza en casa. Las acciones de la Cruzada deberán tener un impacto en la imagen de los usuarios en la forma en que son proporcionados los servicios de salud, por lo tanto será necesario que todos los directivos y el personal de salud asuman la responsabilidad y el compromiso de convertirse en ejemplos de trato digno a los usuarios, de efectividad, eficiencia, estricto apego a principios éticos y búsqueda de la mayor seguridad en el ejercicio de sus funciones.

2.- Principio 20/80. Por la magnitud de la Cruzada es indispensable que se obtenga un 80 por ciento en las metas y además se dé resolución del 20 por ciento de los problemas o situaciones que afecten la calidad.

3.- Secuencia 3+3. Marca que se debe reflexionar a cada paso ante el cúmulo de eventos posibles y se decida avanzar de tres en tres pasos, pero nunca más de lo que se considere factible atender efectiva y eficientemente.

Las líneas de acción que se marcan para los prestadores de servicios en cuanto al impulso al cambio/ aprendizaje y respaldo/sustentación son:

1.- Definición consensuada de un código de ética para los profesionales de salud.

2.- Establecimiento de manera consensuada y actualización periódica de guías clínicas con base en evidencias científicas, para todos los profesionales de la salud.

3.- Establecimiento de programas de educación sobre, para y de calidad para los profesionales de la salud en los que se enfatizen valores, métodos y actitudes.

4.- Desarrollo de programas de actualización enfocada en competencias clave.

5.- Divulgación permanente de los derechos del paciente y del código de ética y constatación de su conocimiento por parte de los profesionales de la salud.

6.- Extensión de la certificación y re-certificación periódica a todos los profesionales de la salud y establecimiento de ésta como requisito laboral.

Dentro de la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de Salud Las 70 líneas de acción se resumen y agrupan en 10 factores clave (siguiendo el esquema: dónde estamos, a dónde queremos llegar, qué camino seguiremos y cómo mediremos avances):

- Usuarios. 1.- Códigos de ética.

1.- Definición y Difusión de Códigos de Ética de los profesionales de la salud y Carta de Derechos de los pacientes, que sirvan de marco consensuado a los momentos de la verdad en la relación de los pacientes y sus familiares con los prestadores de servicios de salud.

2.- Durante el año 2001 se elaboró la Carta de derechos de los pacientes y los Códigos de ética para, previo consenso con los involucrados, se difundió

nacionalmente en 2002 y a partir de ese mismo año sirven de marco y referencia para evaluar, monitorear y mejorar la dimensión interpersonal de la Calidad (Trato Digno).

Meta:

Por lo menos el 80% de las unidades del Sistema Nacional de Salud exhiben y difunden códigos de ética de los profesionales de la salud.

Por lo menos el 80% de las unidades del Sistema Nacional de Salud exhiben y difunden "cartas de derechos" de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.

- Prestadores. 2.- Educación sobre, para y de calidad.

1.- Se incorporarán a los planes y programas de estudio, tanto en educación como en capacitación, asignaturas, contenidos y experiencias de aprendizaje que aborden de manera explícita el tema de la Calidad tanto interpersonal como técnica.

2.- La consideración del tema de la calidad en los Planes y programas de estudio puede ser un criterio de gran peso en los esquemas de certificación de instituciones formadoras.

3.- Aspectos mínimos de calidad para incorporarse en los procesos de formación y capacitación continua en salud:

- a. Enfoque en la perspectiva de los usuarios.
- b. Evaluación, monitoreo y mejora de calidad técnica.
- c. Herramientas para el análisis de procesos de atención.
- d. Costos de mala calidad.
- e. Gestión de calidad.

4.- Oportunidades de mejora en los procesos formativos y de capacitación continua:

- a. Fortalecer la capacidad docente del personal responsable.
- b. Aseguramiento de campos clínicos suficientes y adecuados para garantizar experiencias de aprendizaje significativas.

5.- Se impulsará la gestión de los procesos de educación en salud con orientación a lograr Trato digno y Calidad técnica en su desarrollo. El diseño y práctica de modelos educativos basados en competencias y el desarrollo de las habilidades y estructura necesaria para que las decisiones clínicas se tomen en

base a evidencias científicas, serán ejes para lograr una educación de y para la calidad.

Meta:

El 80% de las escuelas y facultades que imparten carreras del área de la salud incluirán en los respectivos planes y programas de estudio asignaturas y contenidos referidos a la definición, medición, control y mejora de la calidad de la atención desde los puntos de vista técnico e interpersonal.

En el 100% de los hospitales y el 80% de las unidades del primer nivel el personal utiliza un "Manual para la mejora de la calidad de los servicios de salud", tanto impreso como en versión electrónica (interactiva) en cuyo diseño participaron las principales instituciones del sector.

Por lo menos el 80% de las facultades y escuelas que imparten carreras relacionadas con el área de la salud han sido certificadas y cuentan con un sistema de calidad o ejecutan un plan para la mejora de la calidad de la enseñanza.

El 100% de internos y prestadores de servicio social son egresados de escuelas y facultades certificadas por la AMFEM y otros organismos académicos relacionados con otras profesiones del área de la salud.

3.- Información

- a. Hacia y desde el usuario.
- b. Sobre el desempeño.

- **Organizaciones.** 4.- Sistemas, estructuras y procesos de mejora continua.

- 5.- Reconocimiento del desempeño.
- 6.- Estandarización de procesos.

7.- Monitoreo de resultados.

1.- Existen cuatro problemas principales en relación con el monitoreo de la calidad: desarrollo incipiente de sistemas institucionales, diversidad de aspectos evaluados, irregularidad en su aplicación y falta de vinculación con la toma de decisiones directivas.

2.- La definición consensuada y sectorial de indicadores de calidad, basados en los programas prioritarios del sector y las instituciones, contribuirá a garantizar su aplicación en las unidades de atención.

3.- Desarrollo de instrumentos y procedimientos que permitan conocer y dar seguimiento al grado de avance en los indicadores el logro de las metas que a continuación se presentan:

- * Grado de mejora revelada por los indicadores.
- * Número de informes mensuales por entidad federativa del grado de avance de cada uno de los indicadores seleccionados.
- * Evaluación y monitoreo del uso de Guías de Práctica Clínica en cada una de las unidades de salud del país.
- * Creación de una Hoja Electrónica sobre y para la Calidad.
- * Creación de un boletín trimestral de difusión nacional que informe y difunda los avances de la Cruzada.
- * El 100% de los hospitales, así como el 80% de las unidades del primer nivel atención de las instituciones de seguridad social y asistencia realizan la monitoría de los indicadores definidos sectorialmente con base en los programas prioritarios.
- * El 80% de las unidades de primero y segundo nivel de las instituciones de seguridad social y asistencia cumplen los estándares de calidad establecidos para índices e indicadores críticos definidos sectorialmente (tiempos de espera, información al usuario, cumplimiento de la normatividad)

8.- Certificación de individuos y organizaciones

1.- La certificación de profesionales de la salud tiene avances heterogéneos en el país. El mayor avance se identifica entre los Médicos especialistas, sin embargo el carácter voluntario de la certificación resulta un límite al proceso y un riesgo para los pacientes que son atendidos por esa proporción de médicos. Enfermería inicia un proceso sólido y el reto mayor está en la certificación de Médicos Generales.

2.- La certificación de establecimientos de salud se limita a Hospitales. Durante 1999 y 2000 se certificó a menos del 11% del universo. El proceso requiere mejoría para incrementar su cobertura, mejorar el enfoque y resolver problemas de confiabilidad y transparencia.

3.- Se consolidarán los procesos de certificación de profesionales que operan actualmente, mejorando las coberturas y los acuerdos entre organizaciones académicas y de profesionales. Además se explorarán las posibilidades legales

y jurídicas para avanzar hacia la obligatoriedad de la Certificación y re-certificación para disminuir los riesgos en la atención a los pacientes.

4.- El Consejo de Salubridad General generará un nuevo modelo para la Certificación de establecimientos, cuyos criterios estarán enfocados en la atención al paciente. Se impulsará la utilización de los resultados para la toma de decisiones en el sistema, orientados a resolver las situaciones que se identifiquen. El sistema de certificación se ampliará a otro tipo de establecimientos de atención a la salud.

Meta:

El 100% de los hospitales de las instituciones de seguridad social y asistencia, y por lo menos el 50% de los hospitales del sector privado han sido certificados al menos una vez.

Por lo menos el 50% de los profesionales de la salud ha sido certificado o re-certificados en el periodo 2002-2006.

9.- Racionalización estructural y regulatoria.

- Sistema.

10.- Participación social.

Además de las metas listadas en el cuadro anterior, se han definido siete metas globales, cuyo cumplimiento determinará en última instancia, el nivel de logro de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud al año 2006. Algunas de estas metas aportan información para el cálculo de los índices planteados en el Sistema de Evaluación y Compensación por Resultados de la Secretaría de Salud.

Trato digno

1. Nivel de satisfacción de los pacientes.

Meta: El 80% de los encuestados califican la atención como “satisfactoria” o “muy satisfactoria”.

Atención Efectiva, Eficiente, Ética y Segura.

2. Grado de variación en el índice de calidad técnica entre organizaciones y regiones.

Meta: Reducción de un 50% en la variación existente al inicio de la Cruzada.

Satisfacción de los prestadores de servicios.

3. Nivel de satisfacción de los prestadores.

Meta: El 60% de los prestadores de los servicios se manifiestan “satisfechos” o “muy satisfechos” con el trabajo que desempeñan.

Percepción de la población

4. Lugar que ocupan los servicios de salud en la comunidad entre otro tipo de servicios.

Meta: Los servicios de salud pasan del 4° AL 1° lugar en la percepción de acuerdo con el criterio utilizado por la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud.

Rendición de cuentas y sistemas de información confiables.

5. Porcentaje de organizaciones con “informes de desempeño” confiables y comparables por tipo de organización.

Meta: 60% de las organizaciones prestadoras de servicios de salud en todo el país cuentan con informes de desempeño confiables.

Procesos de Mejora Continua.

6. Número de mejoras demostradas en los procesos de atención y de apoyo a la atención de los pacientes.

Meta: Incremento anual de 20% en el número de mejoras demostradas.

Desarrollo de la capacidad directiva.

7. Porcentaje de directivos seleccionados con criterios explícitos o capacitados para el desempeño de su función.

Meta: 100% de los directivos del sector público y 60% del sector privado.

III. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, el cuál fue realizado en el servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS, durante julio del 2008, su objeto de estudio fueron los médicos del servicio de urgencias y la calidad de la atención médica.

Se determinó el estudio de todo el universo (62 médicos), ya que se conoce a todo el universo de médicos del servicio de urgencias del HGR No. IMSS Delegación Querétaro, bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Todos los médicos que laboren en el servicio de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro, en las áreas de primer contacto, urgencias pediatría, observación adultos, así como los médicos para las urgencias de traumatología y ortopedia, cirugía reconstructiva, y jefe de departamento. Que sean de base, suplente, o interinato, con la categoría de médico general, familiar o no familiar, de los turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, durante el periodo julio 2008

Criterios de exclusión: Todos aquellos médicos que acudan al servicio de urgencias, a solicitud de los médicos de urgencias y que no pertenezcan al servicio (inter-consulta).

Criterios de eliminación: Médicos del servicio de urgencias que contesten de manera incompleta su cuestionario. Y aquellos médicos que decidan no participar en el estudio.

De acuerdo a los criterios antes mencionados se eliminaron cinco cuestionarios: un médico decidió no participar y cuatro médicos llenaron de manera inconclusa su cuestionario, por lo cual nuestro universo se redujo a 57 encuestas.

Para evaluar la calidad de la atención médica del servicio de urgencias del HGR No. 1 Delegación Querétaro, se utilizó un instrumento ex profeso basado en los criterios de evaluación capítulo de procesos y resultados, del consejo de Salubridad General (Anexo 1), Comisión para la certificación de establecimientos de servicios de salud, Dr. Julio Frenk Mora para hospitales de la Secretaria de Salud (SSA), vigente hasta el 2008.

El instrumento ex profeso “Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado” se aplicó a todo el universo de médicos del servicio de urgencias del HGR No.1 Delegación Querétaro, de acuerdo a los criterios de inclusión exclusión y eliminación antes expuestas.

Se pidió a cada médico del servicio su participación voluntaria en el estudio, se les explicó que se trataba de un estudio de tipo descriptivo, donde la finalidad era que los médicos autoevaluaran su conocimiento sobre calidad del servicio de urgencias, a través de un cuestionario de 88 preguntas de tipo cerradas, con respuestas de SI o NO, siendo importante llenar todos los cuadros y contestar a todas las preguntas.

Para la aplicación del cuestionario se hizo por turno, con previa autorización del jefe de servicio, a quien también se le solicitó que fuera voluntario en el estudio. Con base en el marco de muestreo se fue abordando a cada uno de los médicos, para que participaran en el estudio.

Al aplicar los cuestionarios turno por turno se solicitó permiso a los delegados sindicales de cada turno, para aplicar dicho cuestionario, ya que los médicos decidieron participar en forma voluntaria.

III.1. INSTRUMENTO

Como se había comentado, se trata de un instrumento ex profeso usado para evaluar la calidad de la atención médica del servicio de urgencias del HGR No. 1 Delegación Querétaro, que se basa en los criterios de evaluación capítulo de procesos y resultados, del consejo de Salubridad General (Anexo 1), Comisión para la certificación de establecimientos de servicios de salud, Dr. Julio Frenk Mora para hospitales de la Secretaria de Salud (SSA), vigente hasta el 2008.

Este documento contiene los criterios de procesos y resultados que utilizan y califican los evaluadores institucionales durante la visita a la unidad hospitalaria. Son en total 208 criterios

Ya que los criterios abarcan todo el hospital, a nivel de la calidad de procesos y resultados, para el instrumento del estudio se tomaron en cuenta lo siguiente:

Columna uno, se utilizó con el objetivo de ver en qué áreas se aplicaban los ítems y se escogieron únicamente los ítems relacionados con el área de urgencias y los que aplicaban a todo el establecimiento.

Columna dos, se usó con la finalidad de conocer la especificación del criterio, es decir su finalidad.

Columna tres, se usó para conocer el procedimiento que lleva a calificar la especificación.

Columna cuatro, se utilizó para saber a quién abordar para la evaluación.

Posteriormente a la revisión de dichas columnas se obtuvieron 118 criterios, aplicables a los médicos del área de urgencias.

Estos 118 criterios se modificaron en forma de pregunta cerrada, con respuesta: si o no, con el objetivo que facilitar la autoevaluación de los médicos, ya que en forma de criterio se califican de forma diferente, y están creados para los evaluadores, los cuáles tiene cierta formación para calificarlos y aplicarlos. Tomando en cuenta el objetivo del estudio que es conocer la calidad de la atención médica a través de conocimiento de parámetros de calidad de los médicos del servicio de urgencias

Este instrumento de 118 ítems (Anexo 2) consta dos partes, una ficha de datos socio-demográficos, que incluyen lo siguiente: categoría, género, turno, preparación profesional, estado laboral y tiempo laborando en la institución. La segunda parte se refiere a los 118 ítems. Se calificó de tal manera que al contestar SI nos da un punto y al contestar NO nos da cero puntos, así se suman los puntos, de forma que se puede obtener como máximo 118 puntos y como mínimo cero puntos.

Fue sometido a una prueba piloto con el fin de verificar la validez de contenido. Se aplicó a 32 médicos voluntarios del servicio de urgencias (médicos residentes de las especialidades semi-presencial y presencial de medicina familiar y medicina de urgencias, en el periodo comprendido de enero a marzo del 2008, del HGR1 IMSS, Delegación Querétaro) diferentes al personal médico del HGR No. 1 IMSS Delegación Querétaro, donde se obtuvieron las siguientes recomendaciones y sugerencias:

1. En la ficha de datos socio demográficos:
 - a. Se cambió el tiempo laborando en la institución, por tiempo laborando en el área de urgencias.
 - b. Se quitó en preparación profesional las opciones de maestría y doctorado, ya que en el área de urgencias lo que se requiere es que tengan preparación en urgencias.
 - c. Se anexaron el turno A, B y C para poder hacer una distinción entre ambos y poder evaluarlos por separado.

2. Dentro del instrumento:

- a. Había preguntas que estaban redactadas de diferente manera pero preguntaban lo mismo, y preguntas que estaban redactadas de tal manera que sugerían las respuestas, como:

6.- Explico a mi paciente y a su familia lo que es consentimiento informado.

7.- Entrego el consentimiento informado y solo pido que lo firme, no doy explicaciones.

8.- *Pido que firmen el consentimiento informado y se los explico.*

En este caso se descartaron las preguntas 6 y 7, ya que la pregunta 8 las sintetizaba de manera correcta.

9.- *Conozco el código de ética de mi hospital.*

10.- No me interesa conocer el código de ética de mi hospital.

12.- Nunca he visto el código de ética mi hospital.

13.- Si me preguntan dónde está el código de ética de mi hospital, se responder en que parte del hospital se encuentra.

16.- Si me preguntan cuál es el código de ética de mi hospital, se responder cuál es.

En este caso de las preguntas 9, 10, 11, 12, 13, y 16, se descartaron las preguntas 10, 12, 13 y 16, dejando las preguntas 9 y 11.

14.- Conozco la misión, visión y valores de mi hospital.

15.- No he visto ni la misión, ni la visión, ni los valores, ni el código de ética de mi hospital, pero yo los investigué.

17.- Conozco la misión, visión y los valores de mi hospital, así que no me los pregunten.

18.- En urgencias está a la vista de todos los trabajadores la misión, visión y valores de mi hospital.

19.- Estoy interesado en la misión, visión y valores de mi hospital, que hasta los investigué.

Se descartaron las preguntas 15, 17, y 19, dejando las preguntas 14 y 18.

23.- Le explico a mi paciente el por qué y para qué lo exploro.

24.- Mi interrogatorio es tan bueno que ya no es necesario que explore al paciente, pues ya tengo el diagnóstico.

Estas dos preguntas quieren averiguar lo mismo, por lo tanto se descartó la pregunta 24 y se dejó la pregunta 23.

En el caso de la pregunta 25 y 26, sucede lo mismo que en el caso anterior, ambas preguntas intentan conocer lo mismo, por lo cual se descartó la pregunta 26 y se mantuvo la pregunta 25.

25.- Conozco el procedimiento de aseo de manos, instalado por el comité de epidemiología.

26.- No me da tiempo de lavarme las manos entre un paciente y otro.

Con las preguntas 35, 36, 37, 38 y 39, de igual manera están redactadas de manera parecida e intentan conocer lo mismo, por lo cual se mantuvieron las preguntas 35 y 39, descartando la 36, 37, y 38.

35.- Corroboro que el brazalete de identificación que porta el derecho habiente, efectivamente sea de él.

36.- Observo si el derechohabiente porta o no brazaletes e identifico si es de él.

37.- Desconozco que se hace con los objetos del derechohabiente, pues eso es trabajo de alguien más.

38.- Conozco el procedimiento de resguardo de objetos personales del derechohabiente y se quien lo hace.

39.- Resguardo los objetos personales del derechohabiente de acuerdo al manual de procedimientos y/o le hablo a quien se encarga de ellos.

La pregunta 49 y la 51, están redactadas de manera muy parecida por lo cual se dejó la pregunta 49:

49.- Existe algún departamento a dónde acudir si soy víctima de agresión por parte de algún derechohabiente.

51.- Si soy agredido por algún paciente tengo a dónde acudir para que auxilien.

En la pregunta 52 y 54 y la 57 y 58 de igual manera que las anteriores están redactadas de manera parecida, por lo cual se descartaron la pregunta 54 y 57:

52.- Conozco la carta de los derechos generales de los pacientes.

54.- He oído acerca de la carta de los derechos generales de los pacientes.

57.- Los pacientes me han comentado algo acerca de sus derechos generales.

58.- En urgencias se difunde la carta de los derechos generales de los pacientes entre los derechohabientes.

Las preguntas 67, 68 y 69, están redactadas de manera semejante y además 2 de ellas sugieren la respuesta, por lo cual se mantuvo la 67:

67.- Somos suficientes trabajadores de mi categoría (trabajo social o asistentes médicos o enfermeros o médicos), en mi turno para cubrir las necesidades que se presenten durante el turno.

68.- Son necesarios más trabajadores IMSS de mi categoría (trabajo social, o asistentes médicos, o enfermería, o médicos), en

mi turno para cubrir las necesidades que se presenten durante el turno.

69.- Generalmente durante mi turno nos bastamos los trabajadores IMSS de mi categoría (trabajo social, o asistentes medicas, o enfermería, o médicos) pues atendemos a todos los derechohabientes que solicitan la atención medica.

Las preguntas 71, 72 y 73 están redactadas de manera semejante y además sugieren la respuesta, por lo cual se dejó la pregunta 71:

71.- Al solicitar estudios de laboratorio y/o gabinete tenemos alguien designado para recabarlos y entregarlos oportunamente.

72.- Según el manual de procedimientos yo recojo los laboratorios y/o estudios de gabinete.

73.- Desconozco el manual de procedimiento respecto a los laboratorios y/o estudios de gabinete.

De las preguntas 74 y 75 están redactadas de manera semejante y además una de ellas sugiere la respuesta, por lo cual se elimina la pregunta 75:

74.- Se informa a los derechohabientes de sus resultados de sus laboratorios y/o estudios de gabinete.

75.- Los estudios de laboratorio y/o gabinete se toman y nunca se le informa al derechohabiente o familiar para que se le practican.

En la pregunta 77 y 78 se aprecian las mismas características y además una de ellas sugiere la respuesta, por lo cual se descartó la pregunta 77:

77.- Le informo al derechohabiente cuando es necesario hacer un procedimiento invasivo.

78.- Al paciente que requiere de algún procedimiento invasivo se le explica en qué consiste y para qué es.

Las siguientes preguntas se eliminaron pues sugieren la respuesta: 80 y 81

80.- Los estudios de laboratorio y/o gabinete siempre se plasman en la nota médica.

81.- Siempre que se solicitan laboratorios, la solicitud está debidamente documentada.

La pregunta 90, 91 y 92 están redactadas de manera semejante, además una de ellas sugiere la respuesta, por lo cual se dejaron las preguntas 90 y 92:

90.- En caso de que en urgencias no contemos con algún medicamento o material para algún procedimiento lo reporto por escrito.

91.- En caso de que en urgencias no contemos con algún medicamento o material para algún procedimiento hay una autoridad competente a quien reportarlo.

92.- En el servicio de urgencias se cuenta con una autoridad o directivo encargado de reportar o verificar tanto la existencia de medicamentos o materiales que hagan falta.

Las preguntas 94, 99 y 100, se aprecia que la pregunta 94 está inmersa en las preguntas 99 y 100, por lo tanto se descarta la pregunta 94:

94.- Existen protocolos de manejo para pacientes poli traumatizados.

99.- Hay protocolos de manejo para tratar por lo menos las 3 primeras causas de muerte en urgencias.

100.- Hay protocolos de manejo para tratar por lo menos las 3 primeras causas de atención en el servicio de urgencias.

En las preguntas 95, 96 y 97, se observa que la pregunta 97 está dentro de las preguntas 95 y 96, por lo cual se descarta la pregunta 97:

95.- Existe un sistema de quejas y sugerencias en el servicio de urgencias.

96.- Tengo el apoyo de mis autoridades para la mejora continua del servicio.

97.- En caso de alguna queja o sugerencia del servicio tengo el apoyo de mis directivos para solucionarla.

La pregunta 102 y 103 están redactadas de manera semejante por lo cual se dejó la pregunta 103:

102.- Existe un sistema de interconsultas eficiente.

103.- *Son atendidas rápidamente las interconsultas.*

Finalmente las preguntas 105 y 106, también están redactadas de manera semejante por lo cual se descartó la pregunta 106:

105.- *Cuento con un reglamento para los pacientes y familiares que están en urgencias.*

106.- El reglamento de estancia en urgencias esta a la vista de familiares, paciente y trabajadores IMSS.

b. Las preguntas descartadas fueron las siguientes: 6, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 24, 26, 36, 37, 38, 51, 54, 57, 68, 69, 71, 72, 75, 77, 80, 81, 91, 94, 97, 102, 106.

Posterior a la prueba piloto quedó un instrumento de 88 preguntas (Anexo 3), que se divide en dos partes: 1) Ficha general: ficha de datos socio-demográficos, donde se incorporó lo siguiente: género, edad, turno, preparación profesional, estado laboral, tiempo trabajando en el servicio de urgencias; e indicaciones, 2) 88 ítems, de pregunta cerrada con respuestas Sí o No. El instrumento mide once parámetros de calidad, cada uno de ellos engloba ocho preguntas:

Planeación estratégica: Se refiere a los lineamientos sobre los que se rige una institución, es decir: misión, visión, valores, política de calidad, derechos de los pacientes y derechos de los médicos. Englobado en las preguntas: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, y 12.

Trato digno: Es la forma adecuada de tratar al paciente, respetando su integridad y privacidad, mediante el conocimiento del código de ética. Abarca las preguntas: 1, 42, 43, 44, 45, 47, 49, y 86.

Relación médico paciente: Es la interacción entre el médico y el paciente, la cual se da un contexto de respeto, con una adecuada interlocución entre ambas partes, proporcionando información adecuada, clara y precisa. Contiene los ítems: 16, 36, 37, 38, 39, 53, 54, y 87.

Atención al paciente: Es el servicio prestado al pacientes con la característica de ser oportuno, previo conocimiento de las causas más frecuentes de atención

y muerte, así como la atención especial a paciente psiquiátricos y/o agresivos, plasmar sus cuidados en casa, Abarca los siguientes ítems: 11, 17, 26, 27, 55, 58, 62, y 63.

Servicio oportuno: Es la atención prestada al paciente en tiempo y de manera adecuada, de acuerdo a las necesidades de los pacientes, con respeto mutuo de los derechos tanto del paciente como del médico. Engloba las siguientes preguntas: 10, 13, 22, 28, 29, 30, 50, y 67.

Trabajo en equipo: Es el apoyo que se brinda entre el personal de la institución, que incluye a las autoridades. Contiene las preguntas: 18, 19, 20, 21, 57, 82, 83 y 84.

Estándares de práctica médica: Son pequeñas actividades que realiza el personal médico mejora su actividad clínica, como: verificar el nombre del paciente, realizar notas legibles, explicar cuidados en casa, explicar estudios de laboratorio o procedimientos, buscar alternativas terapéuticas. Dentro de éste parámetro están las siguientes preguntas: 64, 69, 70, 71, 73, 75, 80, y 85.

Mejora continua: Se refiere a todos el proceso que se realizan para que cada vez que haya alguna oportunidad, se pueda mejora, esto desde los niveles de gerencia hasta niveles personales. Se encuentran las preguntas: 9, 23, 24, 25, 32, 33, 34, y 35.

Procedimientos y reglamentos: Se refiere a los reglamentos, estatutos y procedimientos que se deben conocer, aplicar, dar a conocer, o estar visibles a todo público. Abarca las preguntas 14, 15, 31, 46, 48, 51, 52, y 81.

Nota médica: Es aquel documento médico legal que consta de parámetros mínimos indispensables, el cual se elabora al atender a un paciente. Engloba los ítems: 65, 66, 68, 74, 76, 77, 78, y 79.

Consentimiento informado: Es un documento legal, en el cuál el paciente y/o familiares, posterior a una explicación previa, autoriza y firma que se le puede brindar la atención. Se encuentran las preguntas: 40, 41, 56, 59, 60, 61, 72, y 88.

Este instrumento se tituló Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado.

Por lo cual se determinó que el instrumento exprofeso de “Criterios de evolución capítulo procesos y resultados modificado” quedara de 88 preguntas cerradas, que miden 11 parámetros de calidad, con respuesta de SI o NO. Donde por cada pregunta que se conteste con SI suma un punto y cada pregunta contestada con NO tiene valor de cero, siendo la puntuación más alta 88 puntos y la mínima calificación cero puntos. Este instrumento tiene una confiabilidad, de acuerdo a la K-Richardson de 0.72.

Con este instrumento se mide la calidad de la atención médica del servicio de urgencias, se califica en escala de likert de acuerdo al Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas y evaluación de la calidad, que considera cinco grados en función del logro del objetivo de la misma: 1) Excelente: 9 a 10, 2) Buena: 7 a 8, 3) Regular: 5 a 6, 4) Mala: 3 a 4, y 5) Muy mala: 0 a 2.

Estas calificaciones se obtienen en base a la puntuación obtenida en el cuestionario.

III.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Con apoyo del programa estadístico SPSS v.15, se creó una base de datos electrónica para su análisis descriptivo de las variables cuantitativas, a fin de obtener la media, mediana, moda, y desviación estándar. Así mismo se obtuvieron proporciones de dichas variables.

Se aplicó la prueba t de student

Ho: El promedio de la calidad es igual o menor a 7.

Ha: El promedio de la calidad es mayor a 7.

Los resultados se presentan en cuadro y figuras.

Los datos de cada uno de los cuestionarios se integraron en una base de datos, la cual se construyó en el programa estadístico SPSS, se incluyeron

las variables que se designaron como socio demográficas, que se tomaron en cuenta para describir a la población.

Ya que se vaciaron todos los datos a la base creada en SPSS, fue sometida a análisis estadístico descriptivo: proporciones, media, moda, mediana, desviación estándar.

Se obtuvo la calificación de la calidad, de acuerdo a los lineamientos de calidad, esto se hizo a través de frecuencia; y se obtuvo el porcentaje de médicos que alcanzan la calificación suficiente o excelente. Así mismo se obtuvo el promedio de calificación de cada médico

Finalmente para cada uno de los parámetros de calidad, se aplicó análisis estadístico descriptivo: media, mediana, moda, desviación estándar, calificación mínima y máxima. Siendo su análisis estadístico final con t de student para comparar el promedio de las calificaciones obtenidas contra el promedio de las calificaciones propuestas en el marco teórico como aprobatorias.

Se describieron cuáles fueron los indicadores de calidad con mayor calificación y los de menor calificación.

IV. RESULTADOS

IV.1 VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

De 57 encuestas realizadas, el 69.4% correspondieron al sexo masculino y el 35.1% al sexo femenino (cuadro No. 1.1). La edad promedio fue de 42 ± 8 años en un rango de edad de 27 a 56 años, por grupo de edad hubo predominio de la edad de 41 a 50, con un 38.6% (cuadro No. 1.2). En el sexo masculino predomina la edad de 46 a 50 años con un 17.5% y en el sexo femenino predomina el grupo de edad de 36 a 40 con un 10.5% (figura No. 1.1). En cuanto a preparación profesional se obtuvo que hay predominio de especialistas en un 89.48% y en menor porcentaje médicos generales con un 10.52% (cuadro No. 1.4).

De los datos procesados en cuanto a especialidad arrojó los siguientes resultados: en mayor porcentaje se encontró la especialidad de medicina familiar con un 29.41 %, seguido de la especialidad de urgencias con un 15.69%, medicina interna y pediatría con un 13.73%, cada uno. La especialidad de trauma y ortopedia con un porcentaje de 11.76%, mientras que la especialidad de cirugía general con un 9.8%. En menor proporción se encontraron otras especialidades como cirugía plástica, gastroenterología y proctología con un 5.88% (cuadro No. 1.5).

En cuanto al estado laboral se observó que hay predominio de los médicos de base con 72 %, seguido por los médicos en interinato con una proporción del 17.5 % y en menor proporción los médicos suplentes con 10.5% (cuadro No. 1.6).

De los datos procesado se obtuvo que hubo un predominio de personal en el turno matutino y vespertino con un 21.05%, y con menor porcentaje se encontró el turno nocturno C que se refiere al horario de sábado por la noche con un 12.3%, seguido de la jornada acumulada con un 10.52% (cuadro No. 1.3).

En cuanto a antigüedad en el servicio de urgencias se observó que el promedio fue de 12.82 ± 8.09 años, siendo la mínima antigüedad de 1 año y la mayor antigüedad de 26 años (cuadro No. 1.7).

En el Cuadro No. 1.1 se presenta el género de la población de estudio en la que se observa

Cuadro No. 1.1 Distribución proporcional de las variables socio demográficas según sexo Médicos del Servicio de Urgencias HGR No. 1 IMSS Delegación Querétaro 2008			
Género	<i>Número</i>	%	<i>*IC</i>
Masculino	37	69.4	52.5-72.3
Femenino	20	35.1	22.7-47.5
Total	57	100	

Fuente: Instrumento conocimientos de calidad

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción fueron hombres con un 69.4%, seguido de las mujeres con un menor porcentaje, de 35.1%.

En el cuadro No. 1.2 se aprecia la distribución proporcional de la población según la edad, donde se observa

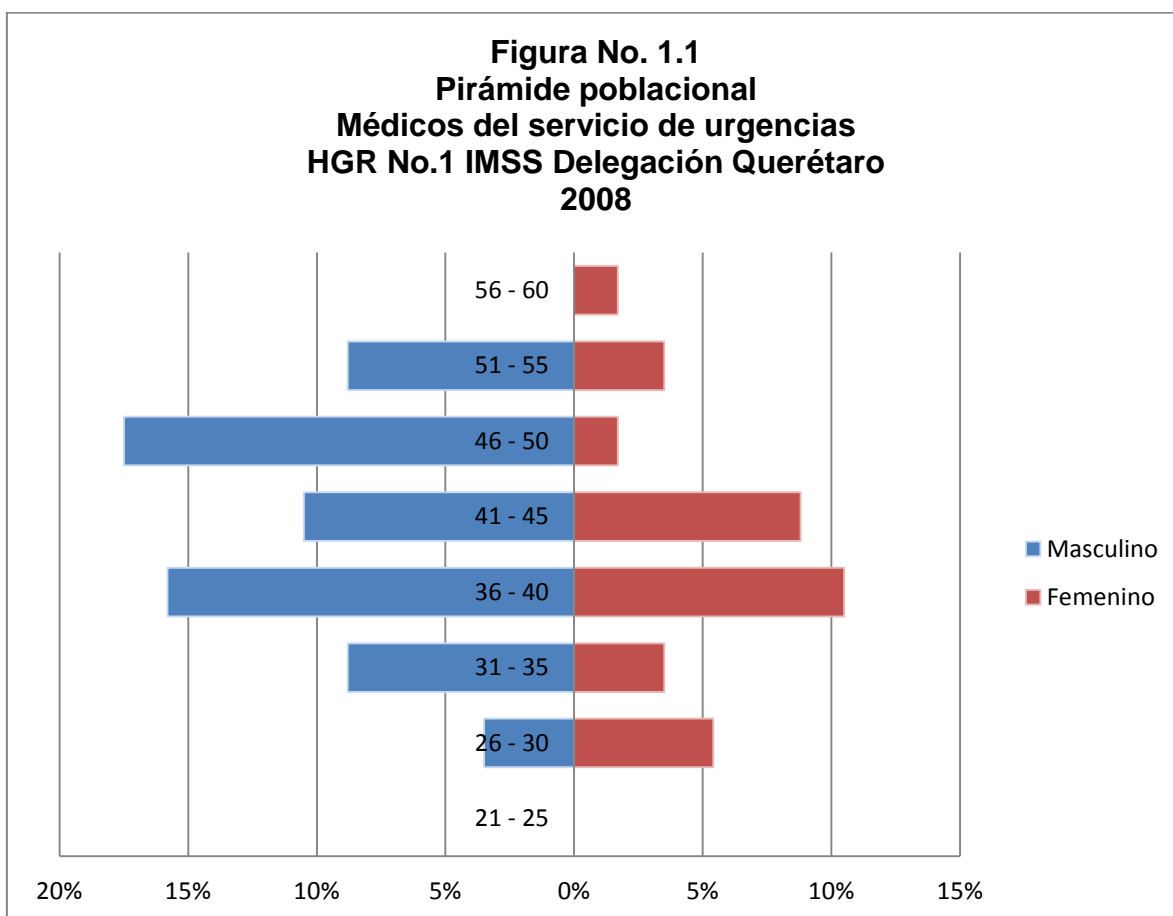
Cuadro No. 1.2 Distribución proporcional de las variables socio demográficas Edad Médicos del Servicio de Urgencias HGR No. 1 IMSS Delegación Querétaro 2008			
Edad (años)	Número	%	*IC
21 – 25	0	0	0
26 – 30	5	8.8	1.44 – 16.15
31 – 35	7	12.3	3.77 – 20.82
36 – 40	15	26.3	14.78 – 37.73
41 – 45	11	19.3	9.05 – 29.55
46 – 50	11	19.3	9.05 – 29.55
51 – 55	7	12.3	3.77 – 20.82
56 – 60	1	1.7	-1.65 – 5.06
Total	57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción se encuentra en aquellos de 36 a 40 años con un 26.3 %, seguido por aquellos de 41 a 45 y 46 a 50 con un 19.3%, cada uno. Los grupos de 31 a 35 y 51 a 55 con una proporción de 12.3 %, cada uno. Con menor porcentaje registrado son los de 26 a 30 años y 56 a 60 años con un 8.8 % y 1.7% respectivamente. En el grupo donde no se registró ningún caso fue en el de 21 a 25 años.

En la Figura No. 1.1 se muestra la pirámide poblacional del servicio de urgencias del HGR No. 1 Delegación Querétaro, donde se observa



Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

La mayor proporción se encuentra en el género masculino con un 69.4 %, donde predominan los grupos de edades 46 a 50 y 36 a 40, con un 17.5% y 15.8 %, respectivamente. Y con menor proporción en género femenino con un 35.3 %, donde predominan los grupos de edad de 36 a 40 y 41 a 45, con un 10.5 % y 8.8% respectivamente.

En el cuadro No. 1.3 se aprecia la distribución proporcional de la población según el turno, donde se observa

Cuadro No. 1.3 Distribución proporcional de las variables socio demográficas Turno Médicos del Servicio de Urgencias HGR No. 1 IMSS Delegación Querétaro 2008			
Turno	Número	%	*IC (95%)
Matutino	12	21.05	10.46 – 31.63
Vespertino	12	21.05	10.46 – 31.63
Nocturno A	10	17.54	7.66 – 27.41
Nocturno B	10	17.54	7.66 – 27.41
Nocturno C	7	12.3	3.77 – 20.82
Jornada Acumulada	6	10.52	2.55 – 18.48
Total	57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

La mayor proporción se encuentra en aquellos del turno matutino y vespertino con una proporción de 21.05 %, seguido por aquellos del turno nocturno A: lunes, miércoles y viernes, y turno B: martes, jueves y domingo, con una proporción de 17.54 %. Los grupos con menor porcentaje registrado son los del turno nocturno C: sábado, con una proporción del 12.3 %, seguido del turno jornada acumulada con una proporción del 10.52 %, cabe señalar que en la jornada acumulada, en realidad son 9 médicos, ya que se repiten del turno matutino y vespertino, es decir, 3 médicos del turno matutino y 3 de turno vespertino están entre semana y sólo se quedan medio día, mientras que los que están contados en el cuadro son los médicos que se quedan de 6:45 hrs a 23 hrs de los días sábado y domingo.

En el cuadro No. 1.4, se describe la distribución proporcional de la población según su preparación profesional, donde se aprecia

Cuadro No. 1.4 Distribución proporcional de las variables socio demográficas Preparación profesional Médicos del Servicio de Urgencias HGR No. 1 IMSS Delegación Querétaro 2008			
Preparación profesional	Número	%	*IC
Licenciatura	6	10.52	2.55 – 18.48
Especialidad	51	89.48	81.51 – 97.44
Total	57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción se encuentra con una preparación profesional de especialidad con una proporción de 89.48 % y la menor proporción tiene una preparación profesional de licenciatura con una proporción de 10.52 %.

A continuación se presenta en el cuadro No. 1.5 se muestra la distribución proporcional de la preparación profesional de especialidad, donde se observa

Cuadro No. 1.5 Distribución proporcional de las variables socio demográficas Especialidad Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008			
Especialidad	Número	%	*IC
Medicina Familiar	15	29.41	16.9 – 41.92
Medicina Interna	7	13.73	4.28 – 23.17
Cirugía General	5	9.8	1.64 – 17.96
Pediatría	7	13.73	4.28 – 23.18
Trauma y ortopedia	6	11.76	2.92 – 20.6
Urgencias	8	15.69	5.71 – 25.67
Otros	3	5.88	0.58 – 12.34
Total	51	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción se encuentra en la especialidad de medicina familiar con un 29.41%, seguido por la especialidad de urgencias con una proporción de 15.69%, a la cuál le siguen las especialidades de medicina interna y pediatría con un 13.73%, y las especialidades con menor porcentaje registrado fueron traumatología y ortopedia, cirugía general y otras (cirugía plástica, gastroenterología y proctología) con 11.76 %, 9.8 % y 5.88%, respectivamente.

En el cuadro No. 1.6 se presenta la distribución proporcional de las variables socio-demográficas según estado laboral, donde se observa

Cuadro No. 1.6 Distribución proporcional de las variables socio demográficas Estado laboral Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008			
Estado Laboral	Número	%	*IC
Suplente	10	17.5	7.63 – 27.36
Interinato	6	10.5	2.54 – 18.46
Base	41	72	60.34 – 83.66
Total	57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción se encuentra en el grupo de base con un 72%, seguido por el grupo de interinato con una proporción del 17.5 % y con menor proporción el grupo de suplente con 10.5%.

En el cuadro No. 1.7 se muestra la distribución proporcional de las variables socio-demográficas según antigüedad en el servicio, donde se observa

Cuadro No. 1.7 Distribución proporcional de las variables socio demográficas Antigüedad en el servicio Médicos del Servicio de Urgencias HGR No. Delegación Querétaro 2008			
Antigüedad (años)	Numero	%	*IC
1 – 5	7	12.3	3.77 – 20.83
6 – 10	9	15.8	6.33 – 25.27
11 – 15	12	21	10.42 – 31.57
16 – 20	15	26.3	14.87 – 37.73
21 – 25	11	19.3	9.05 – 29.55
26 – 30	3	5.3	0.51 – 11.12
Total	57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción se encuentra en el grupo con antigüedad de 16 a 20 años con un 26.3 %, seguido de los grupos con antigüedad de 11 a 15 años y 21 a 25 años con un 21 % y 19.3%, respectivamente. La menor proporción se encuentra en los grupos con antigüedad de 6 a 10 años , 1 a 5 años y 26 a 30 años, con un 15.8 %, 12.3 % y 5.3 %, respectivamente.

IV.2 CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

De los 57 médicos evaluados (el universo es de 62 médicos y por los criterios de eliminación, se retiraron cinco encuestas, por lo cual se evaluaron 57 encuestas) se obtuvo que la mayor calificación fue insuficiente (5 a 6) con un frecuencia de 41 y un porcentaje de 71.94%, y la menor calificación fue inadecuado (0 a 2) con una frecuencia de 0 y un porcentaje de 0% (cuadro No. 2.12). Con un promedio de calidad de la atención médica de 6.216 con un IC 95% que va desde 4.164 a 8.268, y una t de student de -9.782 (p .00) (cuadro No. 2.13).

En el cuadro No. 2.1 se muestra la tendencia de la calidad según conocimientos sobre planeación estratégica, donde se observa

Cuadro No. 2.1				
Tendencia de la calidad según conocimientos sobre planeación estratégica				
Médicos del Servicio de Urgencias				
HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro				
2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	11	19.3	9.05 – 29.55
Insuficiente	5 a 6	11	19.3	9.05 – 29.55
No realizado	3 a 4	27	47.4	34.43 – 60.36
Inadecuado	0 a 2	8	14.0	4.99 – 23.01
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción se encuentra en la calificada como mala (3 a 4), con un 47.4 %, seguida de buena (7 a 8) y regular (5 a 6), con un 19.3% cada una. La

menor proporción se encuentra en muy mala (0 a 2) y excelente (9 a 10), con un 14% y 0%, respectivamente.

En el cuadro No. 2.2 se muestra la tendencia de conocimientos sobre trato digno, donde se observa:

Cuadro No. 2.2 Tendencia de la calidad según conocimientos de trato digno Médicos del Servicio de Urgencias HGR No. Delegación Querétaro 2008				
Código	Calificación	Número	Proporción	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	7	12.3	3.77 – 20.83
Insuficiente	5 a 6	36	63.2	50.68 – 75.72
No realizado	3 a 4	13	22.8	11.91 – 33.69
Inadecuado	0 a 2	1	1.8	-1.65 – 5.25
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción está dentro de la calificación regular (5 a 6) con un 63.2%, seguida de la calificación mala (3 a 4) con un 22.8%, y buena (7 a 8) con un 12.3%, y con menor proporción se encuentra la calificación de muy mala (0 a 2) y excelente (9 a 10), con un 1.8% y 0%, respectivamente.

En el cuadro No. 2.3 se muestra la tendencia de conocimientos sobre relación médico paciente, donde se observa:

Cuadro No. 2.3 Tendencia de la calidad según conocimientos de relación médico paciente Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	49	86.0	76.99 – 95.01
Insuficiente	5 a 6	8	14.0	4.99 – 23.01
No realizado	3 a 4	0	0	0
Inadecuado	0 a 2	0	0	0
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción está en la calificación buena (7 a 8) con un 86.0 %, seguida de la calificación regular (5 a 6) con un 14.0 %, y con menor proporción se encuentran la calificación de muy mala (0 a 2), mala (3 a 4) y excelente (9 a 10), con un 0%, cada uno.

En el cuadro No. 2.4 se muestra la tendencia de conocimientos sobre atención paciente, donde se observa:

Cuadro No. 2.4				
Tendencia de la calidad según conocimientos de atención al paciente				
Médicos del Servicio de Urgencias				
HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro				
2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	4	7.0	0.37 – 13.62
Insuficiente	5 a 6	19	33.3	21.06 – 45.53
No realizado	3 a 4	25	43.9	31.02 – 56.78
Inadecuado	0 a 2	9	15.8	6.33 – 25.27
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción está en la calificación mala (3 a 4) con un 43.9 %, seguida de la calificación regular (5 a 6) con un 33.3 %, y de la calificación muy mala (0 a 2) con 15.8%. La menor proporción se encuentran la calificación buena (7 a 8), y excelente (9 a 10), con un 7% y 0%, respectivamente.

En el cuadro No. 2.5 se muestra la tendencia de conocimientos sobre servicio oportuno, donde se observa:

Cuadro No. 2.5				
Tendencia de la calidad según conocimientos de servicio oportuno				
Médicos del Servicio de Urgencias				
HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro				
2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	0	0	0
Insuficiente	5 a 6	14	24.6	13.42 – 35.78
No realizado	3 a 4	20	35.1	22.71 – 47.49
Inadecuado	0 a 2	23	40.4	27.66 – 53.13
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción con la calificación muy mala (0 a 2) con un 40.4 %, seguida de la calificación mala (3 a 4) con un 35.1 %, y de la calificación regular (5 a 6) con 24.6%. La menor proporción se encuentran la calificación buena (7 a 8), y excelente (9 a 10) con un 0%, cada una.

En el cuadro No. 2.6 se muestra la tendencia de conocimientos sobre trabajo en equipo, donde se observa:

Cuadro No. 2.6				
Tendencia de la calidad según conocimientos de trabajo en equipo				
Médicos del Servicio de Urgencias				
HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro				
2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	3	5.3	-0.51- 11.11
Insuficiente	5 a 6	14	24.6	13.42 – 35.78
No realizado	3 a 4	28	49.1	36.12 – 62.07
Inadecuado	0 a 2	12	21.1	10.51 – 31.69
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción está en la calificación mala (3 a 4) con 49.1%, seguida de las calificaciones regular (5 a 6) y muy mala (0 a 2) con un 24.6% y 21.1%, respectivamente. Con la menor proporción encontramos las calificaciones buena (7 a 8) y excelente (9 a 10), con un 5.3% y 0% respectivamente.

En el cuadro No. 2.7 se muestra la tendencia de conocimientos sobre estándares de práctica médica, donde se observa:

Cuadro No. 2.7 Tendencia de la calidad según conocimientos de estándares de práctica médica Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	54	94.7	88.88 – 100.51
Insuficiente	5 a 6	3	5.3	-0.51 – 11.11
No realizado	3 a 4	0	0	0
Inadecuado	0 a 2	0	0	0
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

La mayor proporción está en la calificación buena (7 a 8) con 94.7%, seguida de las calificaciones regular (5 a 6) con un 5.3%.

En el cuadro No. 2.8 se muestra la tendencia de conocimientos sobre mejora continua, donde se observa:

Cuadro No. 2.8				
Tendencia de la calidad según conocimientos de mejora continua				
Médicos del Servicio de Urgencias				
HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro				
2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	3	5.3	-0.51 – 11.11
Insuficiente	5 a 6	10	17.5	7.63 – 27.36
No realizado	3 a 4	17	29.8	17.92 – 41.67
Inadecuado	0 a 2	27	47.4	34.43 – 60.36
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

El mayor porcentaje esta dentro de la calificación de muy mala (0 a 2) con un 47.4%, seguida de mala (3 a 4) con un 29.8% y regular (5 a 6) con un 17.5%. Con menor porcentaje la calificación de buena (7 a 8) con un 5.3%.

En el cuadro No. 2.9 se muestra la tendencia de conocimientos sobre procedimientos y reglamentos, donde se observa:

Cuadro No. 2.9 Tendencia de la calidad según conocimientos de procedimientos y reglamentos Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	4	7.0	0.37 – 13.63
Insuficiente	5 a 6	17	29.8	17.92 – 41.67
No realizado	3 a 4	22	38.6	25.96 – 51.24
Inadecuado	0 a 2	14	24.6	13.42 – 35.78
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

El mayor porcentaje están en mala (3 a 4) calificación con un 38.6%, seguida de calificación regular (5 a 6) con un 29.8% y calificación muy mala (0 a 2) con un 24.6%. Con menor porcentaje se encuentra la calificación buena (7 a 8) con un 7%.

En el cuadro No. 2.10 se muestra la tendencia de conocimientos sobre nota médica, donde se observa:

Cuadro No. 2.10 Tendencia de la calidad según conocimientos de nota médica Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	56	98.2	94.74 – 101.65
Insuficiente	5 a 6	1	1.8	-1.65 – 5.25
No realizado	3 a 4	0	0	0
Inadecuado	0 a 2	0	0	0
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

El mayor porcentaje se encuentra en calificación buena (7 a 8) con un 98.2%, seguida de la calificación regular (5 a 6) con un 1.8%. En cero porcentajes se encuentra la calificación muy mala, mala y excelente.

En el cuadro No. 2.11 se muestra la tendencia de la calidad según conocimientos sobre consentimiento informado, donde se observa:

Cuadro No. 2.11 Tendencia de la calidad según conocimientos de consentimiento informado Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	0	0	0
Suficiente	7 a 8	8	14.0	4.99 – 23.01
Insuficiente	5 a 6	22	38.6	25.96 – 51.24
No realizado	3 a 4	20	35.1	22.71 – 47.49
Inadecuado	0 a 2	7	12.3	3.77 - 20.82
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

El mayor porcentaje se encuentra en la calificación regular (5 a 6) con un 38.6%, seguido de la calificación mala (3 a 4) con un 35.1%, y buena (7 a 8) con un 14%. En menor porcentaje está la calificación muy mala (0 a 2) con un 12.3%. En cero porcentajes se reportó la calificación excelente (9 a 10).

En el cuadro No. 2.12 se muestra la tendencia de las calificaciones de conocimientos sobre calidad de la atención médica, donde se observa:

Cuadro No. 2.12 Tendencia de la calidad de la atención médica Médicos del Servicio de Urgencias HGR No.1 IMSS Delegación Querétaro 2008				
Código	Calificación	Frecuencia	Porcentaje	*IC
Excelente	9 a 10	2	3.52	-1.26 – 8.30
Suficiente	7 a 8	8	14.0	4.99 – 23.01
Insuficiente	5 a 6	41	71.94	60.27 – 83.60
No realizado	3 a 4	6	10.54	2.57 – 18.51
Inadecuado	0 a 2	0	0	0
Total		57	100	

Fuente: Instrumento Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado

*Intervalos de confianza al 95%

El mayor porcentaje se encuentra en la calificación regular (5 a 6), con un 71.94%, seguido de la calificación buena (7 a 8) con un 14 %, y de la mala (3 a 4) con un 10.54%. El menor porcentaje se encontró en la calificación excelente (9 a 10) con un 3.52%

En el cuadro No. 2.13 se muestra la prueba de t para los indicadores de la calidad de la atención médica, donde:

Cuadro No. 2.13 Prueba de t para Indicadores de Calidad de la Atención médica en Médicos del servicio de urgencias HGR No. 1 IMSS Delegación Querétaro 2008					
Indicador	x	$\wedge p$	σ	*t	p
Planeación estratégica	4.228	7	1.93	-14.704	0.00
Trato digno	5.316	7	1.23	-10.363	0.00
Relación médico paciente	7.211	7	0.674	2.357	0.00
Atención paciente	4.035	7	1.475	- 15.17	0.00
Servicio oportuno	3.053	7	1.797	-16.584	0.00
Trabajo en equipo	3.754	7	1.629	-15.044	0.00
Estándares de práctica médica	7.667	7	0.636	3.541	0.00
Mejora continua	3.088	7	20.379	-14.494	0.00
Procedimientos Reglamentos	3.983	7	1.598	-14.258	0.00
Nota médica	7.877	7	0.351	3.758	0.00
Consentimiento Informado	4.491	7	1.882	-10.079	0.00
Calidad de la atención médica	6.216	7	1.047	-9.782	0.00

*Valor de referencia de t es 1.6732

Ahora bien el promedio de calificación para **planeación estratégica** fue de 4.2281 con un intervalo de confianza al 95% que va desde 0.4372 a 8.002, con una **t de student de -14.704**, por lo cual se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre planeación estratégica, y la **prueba no es estadísticamente significativa.**

El promedio de calificación de **trato digno** es de 5.316 con un intervalo de confianza al 95% de 2.92 a 7.71, con una **t de student de -10.363**, por lo tanto se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre trato digno, la **prueba no es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación obtenido en **relación médico paciente** es de 7.21, su intervalo de confianza al 95% va de 5.88 a 8.53. Con una **t de student de 2.357**, por lo que se rechaza la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre relación médico paciente, y la **prueba es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación de **atención al paciente** es de 4.035 con un intervalo de confianza del 95% de 1.148 a 6.91. Con una **t de student de -15.17**, por lo cual se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre atención al paciente, y la **prueba no es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación para el indicador se **servicio oportuno** es de 3.053 con un intervalo de confianza del 95% que va desde - 0.46 a 6.56, con una **t de student de -16.584**, por lo tanto se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre servicio oportuno. Se concluye que la **prueba no es estadísticamente significativa**.

La calificación promedio para el indicador de **trabajo en equipo** es de 3.754, cuyo intervalo de confianza al 95 % va desde 0.56 a 6.94, con una **t de student de -15.044**, por lo tanto se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre trabajo en equipo y la **prueba no es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación para **estándares de práctica médica** es de 7.667, con un intervalo de confianza (IC 95 %) que va desde 6.42 a 8.91. Con una **t de student de 3.541**, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre trato digno, y la **prueba es estadísticamente significativa**.

La calificación promedio para **mejora continua** es de 3.087, con un intervalo de confianza del 95 % que va desde - 0.903 a 7.08. Cuya **t de student es de -14.494**, por lo tanto se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre mejora continua, y se concluye que la **prueba no es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación para **procedimientos y reglamentos** fue 3.983, con un intervalo de confianza al 95% que va desde 0.86 a 7.09. Con una **t de student de -14.258**, por lo tanto se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre procedimientos y reglamentos, y la **prueba no es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación para **nota médica** fue de 7.887 con un intervalo de confianza al 95% que va desde 7.189 a 8.565. Con una **t de student de 3.578**, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre nota médica, y la **prueba es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación para **consentimiento informado** fue de 4.49 con un intervalo de confianza al 95% que va desde 0.805 a 8.175. Con una **t de student de -10.079**, por lo tanto se acepta la hipótesis nula que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre consentimiento informado, y la **prueba no es estadísticamente significativa**.

El promedio de calificación para la **calidad de la atención médica del servicio de urgencias del HGR No. 1 IMSS Delegación Querétaro** fue de 6.216 con un intervalo de confianza al 95% que va desde 4.164 a 8.268. Con una **t de student de -9.782**, por lo que se acepta la hipótesis nula, con un nivel de confianza del 99%, que propone que los médicos de urgencias del HGR1 IMSS Delegación Querétaro tienen una calificación ≤ 7 en conocimientos sobre calidad de la atención médica. Por lo tanto la **prueba no es estadísticamente significativa**.

V. DISCUSION

En este estudio se planteó medir la calidad desde los conocimientos que el personal médico tiene sobre este tema, ya que es a ellos a quien evalúan todos los instrumentos, de tal forma que surge la disyuntiva acerca de si el personal médico conoce: ¿qué es la calidad de la atención médica?, ¿cómo y con qué se mide?. Recordemos que la formación de los médicos es científica-humanista y, de acuerdo a los resultados nos damos cuenta que los indicadores más altos son nota médica, estándares de práctica médica y relación médico paciente, mientras que los indicadores más bajos de puntuación fueron servicio oportuno, mejora continua y procedimientos y reglamentos, ya que la formación de los médicos no es administrativa. Ahora bien como plantea Martín (2007), el mundo del servicio se mueve alrededor de la comprensión o del maltrato, el mal servicio no existe, por lo tanto, el proveedor de servicios que desconoce la esencia del trabajo que desempeña, no tiene el firme propósito de comprender y respetar a sus clientes, es decir debe conocer su trabajo y como desempeñarlo, así mismo estar satisfecho con dicho trabajo e integrarse a él, de esta forma realizará su trabajo con calidad.

La calidad de la atención médica es uno de esos conceptos fáciles de entender pero difíciles de definir. Aparentemente, todos saben qué significa calidad de la atención, pero el significado no parece ser el mismo para todos. Se ha estimado imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención médica porque no existe un único criterio de conjunto para precisarla. Esta circunstancia, que parece dificultar la definición y medida de la calidad de los servicios sanitarios, es consustancial a todos los productos y servicios. Ninguno de ellos posee una característica única determinante, sino múltiples rasgos o atributos susceptibles de evaluación que, junto a otras muchas funciones o utilidades, el consumidor valora de diferente forma según sus necesidades.

El profesional responsable de la atención juzgará la calidad de manera distinta a otro profesional que no está directamente involucrado en el caso. Los pacientes entienden la calidad de un modo diferente al de sus médicos. El

equipo de gerencia del hospital tiene otra idea de la calidad de la atención y lo mismo sucede con las terceras partes que pagan la atención (Burmester H, 1997; Varo J, 1995).

El aumento del volumen de servicios, en un principio, da lugar a importantes incrementos de los beneficios y utilidades y comporta pocos riesgos y elevaciones moderadas de los costos. Pero a medida que se prestan más servicios, el incremento de los beneficios y utilidades es menor y aumentan los riesgos y los costos. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que cuando la cantidad de atención no basta para aportar todo el beneficio previsible a la salud y al bienestar, los cuidados prestados tienen un déficit de calidad, no cubren la necesidad del paciente y generan una insatisfacción del mismo.

Varo (1995) propone someter la atención médica a un triple análisis: especificar las cualidades que contribuyen a la calidad de una prestación médica; establecer la relación existente entre el volumen de servicios prestados, el coste de los mismos, los riesgos y beneficios derivados y la calidad del acto médico e identificar las diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con su calidad. Donabedian propone tres elementos de la asistencia sanitaria que, relacionados, conformarían el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto. Estos factores son los aspectos técnicos y científicos, los interpersonales y un factor añadido, el entorno. Varo propone que se le dé importancia dentro de ese triple análisis a lo que él llama competencia profesional, lo cual define como la capacidad del profesional de usar plenamente sus conocimientos a su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios, ya que el personal de contacto (los profesionales de la salud) son los que se hallan en mayor medida en todas las actividades de servicio, en las funciones operacional y relacional. De ahí que se marcó la importancia del estudio presente al proponer la evaluación de los conocimientos de los médicos acerca del tema de calidad.

Para algunos autores como Peña (2002) y Hernán (2002), al igual que en el presente estudio, refiere que es necesaria la aplicación no solo de

encuestas a usuarios sino también al personal operativo, ya que ayudan a saber qué piensan de su trabajo, de su líder y establece las necesidades del equipo, ya que en un servicio de urgencias el trabajo es difícil, cansado y de gran estrés, si se olvida dar el debido reconocimiento al personal se va obteniendo desmotivación y se desvanece gradualmente el trabajo de equipo. Por lo tanto, estos sistemas de autoevaluación que permiten medir el avance de los procesos de mejora, siendo de particular interés la elaboración y medición de indicadores. También marca como punto importante la Mejora de los procesos académicos en el servicio de urgencias que garanticen la actualización continua del personal médico y de enfermería es a través de actividades académicas dentro del servicio.

Para Bronfman (1997) refiere que la perspectiva del prestador del servicio tiene algunas convergencias y discrepancias con respecto a la percepción de los servicios entre la población y los agentes de salud. Bronfman realizó un estudio cualitativo donde obtuvo que la percepción de los médicos respecto a la mala calidad sea resultado de los problemas en la organización, normatividad y recursos de las instituciones, no de la capacitación de su personal. Otra de las discrepancias fue que para los médicos, la prioridad es la efectividad médica y poco parece importar la satisfacción del usuario; los usuarios refiere percibir falta de comunicación e intercambio de información y un trato autoritario por parte de los médicos, y consideran que han estado pagando por esta seguridad, por lo que tiene derecho al servicio y a una mayor calidad, mientras que los médicos consideran que la seguridad social es una prestación o concesión del estado y del sector empresarial, y consideran que los servicios médicos son de alto nivel técnico, que la capacidad económica de los usuarios no les permitiría pagar. En relación al presente estudio, subrayamos la importancia que tiene conocer la calidad desde el punto de vista de los proveedores de servicios.

Para Aguirre (1990) la calidad debe estar basada en la suficiencia y la calidad de los recursos físicos, la disponibilidad y la capacidad profesional o técnica de los recursos humanos, la organización de los servicios, la realización de procedimientos y actividades de atención conforme a las normas de calidad

vigentes, dentro de un marco social y humanitario, además de enfocar la calidad desde tres ángulos: Satisfacción de las expectativas del derechohabiente, de la institución y del trabajador, así como el adecuado balance entre la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios. Aguirre realizó un estudio en hospitales IMSS del Distrito Federal de segundo y tercer nivel de atención, donde realizó encuestas a derechohabientes y trabajadores, obtuvo los siguientes resultados: los porcentajes más altos de insatisfacción se reportaron en la información médica y la relación médico paciente, deficiente orientación al paciente a sus ingresos, estos en relación a las encuestas de los derechohabientes, mientras que en las encuestas a los trabajadores se reportó insatisfacción por el salario recibido, inadecuación del área de trabajo, insuficiente apoyo institucional, y falta de reconocimiento del jefe inmediato, la mayoría de los trabajadores manifestó la necesidad de capacitarse para su mejor desempeño, el reconocimiento de su labor y la integración al equipo de trabajo. En comparación con el estudio realizado, donde el porcentaje más alto lo tiene la relación médico paciente, los demás parámetros se encuentran en valores semejantes a lo expuesto por Aguirre.

Se han realizado algunos estudios sobre la evaluación de los conocimientos sobre calidad como Ruiz (2001) quien realiza un estudio de intervención educativa, a una población de médicos de 173, de la Red del Sur Occidente Bogotá, que laboran en instituciones de primero y segundo nivel. Se obtuvieron los siguientes resultados de las diferentes evaluaciones previas al curso, el promedio fue de 2.27/5.0 (DS de 0.90) y posterior al curso el resultado total fue de 2.90 (DS de 0.55).

Ahora bien, a diferencia de lo que se plantea en este estudio, se encuentran otros donde la calidad se debe medir a partir del usuario (Caminal, 2001), así tenemos a Gea y cols. (2001) quien refiere que la calidad se consigue evaluando la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad del producto, ya que en el servicio de urgencias es necesario conocer qué opinan los clientes, e incorporar esta visión a la evaluación de las tareas. Para ello realizaron un estudio descriptivo mediante una encuesta de opinión (SERCAL adaptación SERVQUAL), vía telefónica, sobre la calidad del servicio de

urgencias del centro médico quirúrgico Hospital Virgen de las Nieves. Los resultados obtenidos fueron una satisfacción promedio de 7.78, donde el indicador con mayor puntuación fue servicio personalizado y el de menor puntuación fue accesibilidad al servicio, concluyeron que la calidad de acuerdo a la opinión del usuario mejoraría con el entrenamiento adecuado del personal en habilidades de relación interpersonal, una reorganización del sistema de priorización y una revisión de la organización de los servicios, para reducir el tiempo de espera. Otro autor que comparte la idea de medir la calidad desde el punto de vista del usuario es Rico y cols. (2003) quien a través de un estudio longitudinal descriptivo mide el nivel de satisfacción de los usuarios que acuden a un servicio de urgencias, donde se obtuvo que el 83% de los pacientes fueran atendidos rápidamente y el 100% de los pacientes están muy satisfechos o satisfechos con el servicio. En comparación de estos dos estudios con el estudio que se realizó mediante los conocimientos de la calidad de la atención médica se obtuvo un promedio de, pero este es desde el punto de vista del personal médico. Riveros (2006), bajo la metodología del marketing, y García (2001), bajo la filosofía del benchmark, plantean que la calidad se mide a través de los usuarios, en sus estudios obtuvieron que el funcionamiento del hospital, para la satisfacción del usuario debe estar basado en 4 puntos: 1. Cultura orientada a la valoración del usuario, 2. Gestión de recursos humanos y atención al usuario, 3. Orientación al usuario, y 4. Relación con el usuario.

También hay otros autores que refiere que la calidad de la atención médica se mide a través de auditorías médicas, como Rencoret (2003), y Govindarajan (2008) quienes refiere que a través de la implementación de medidas destinadas a obtener una mejoría continua de la calidad de las prestaciones de salud, unido a una mayor humanidad y seguridad de éstas a través de la implementación y perfeccionamiento de un programa de Auditoría Médica, dentro de la cual tienen especial relevancia la prevención y detección de riesgos, la gestión de los reclamos y el manejo precoz de los conflictos que puedan surgir en el proceso de atención de los pacientes. En comparación con el estudio realizado, este autor trata de ver la calidad en un forma global pero nuevamente evaluando la calidad de la atención médica desde un tercero, que

en este caso sería un auditor, en México a nivel nacional esto se hace a través de los criterios de evaluación capítulo de procesos y resultados, del consejo de Salubridad General (Anexo 1), Comisión para la certificación de establecimientos de servicios de salud, Dr. Julio Frenk Mora para hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), vigente hasta el 2008. Frenk-Ruelas (2005), cita que la OMS en el 2000, estableció 3 objetivos fundamentales de los sistemas de salud, entre ellos: ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, para ello Puentes y colaboradores, realizaron un estudio donde reportaron que el trato con respeto a la dignidad de las personas, la comunicación y las condiciones de comodidades básicas recibieron calificaciones que permiten inferir un buen desempeño de nuestro sistema de salud. Para Frenk las encuestas de salud constituyen una herramienta complementaria de los registros regulares de los eventos de salud, en nuestro país han constituido un insumo fundamental para medir la magnitud de los retos que enfrentamos, y para diseñar, implantar y evaluar programas y políticas de salud.

Así bien cómo podemos darnos cuenta hay muchos modelos y estudios para medir la calidad de la atención médica, desde diferentes puntos de vista, cada autor defiende sus posición, pero como ya se comentó, en México estos se hace a través de la encuesta nacional de calidad y mediante los criterios de certificación.

En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud realizada en el año 2000, se encontró que cuatro de cada diez mexicanos pobres se quejaban de: la falta de amabilidad del personal médico, la información insuficiente, y poco conocimiento del mismo personal de los servicios de salud, entre otros aspectos igualmente importantes. Derivado de esto la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud despliega su estrategia de cambio considerando tres factores importantes: *Impulso al Cambio, Aprendizaje y Respaldo y Sustentación* convirtiéndolas en estrategias congruentes para cumplir con los objetivos. Este *Impulso al Cambio* está dirigida hacia la interrupción de la inercia y la motivación hacia un nuevo escenario que se demuestre necesario, factible y valioso, para construir o

reforzar el valor de la calidad en el Sistema de Salud. Considerando los factores que influyen en el Trato Digno se ha considerado la necesidad de proporcionar una visión más amplia de lo que es el "servicio" y estrategias que transmitan "la disponibilidad de servir" que está directamente proporcional a la profundidad del compromiso y que también se compone de un grupo de valores.

VI. CONCLUSIONES

La calidad es un tema complejo realmente no se ha llegado a la conclusión de cómo medirla, y las interrogantes que el personal médico tiene es: ¿cómo se va a lograr?, ¿cómo poder articular las demandas de la población con las de nosotros, los médicos?, ¿cómo se va a medir la calidad de atención que proporcionamos?, ¿cómo, nosotros los médicos, podremos participar en esta tarea? y ¿cómo se va a estimular a aquellos médicos que demuestren una mejoría continua en la calidad de atención que brindan a sus enfermos?

Ya que la calidad de la atención médica no es algo realmente tangible o medible como lo es la calidad de un producto, como se puede ver en la bibliografía hay múltiples formas o instrumentos, algunos ya validados que se utilizan a nivel nacional como lo es la encuesta de trato digno y servicio oportuno o como lo es los criterios de evaluación capítulo de procesos y resultados, del consejo de Salubridad General (Anexo 1), Comisión para la certificación de establecimientos de servicios de salud, Dr. Julio Frenk Mora para hospitales de la Secretaría de Salud (SSA).

Finalmente se llega a la conclusión que el instrumento que se utilizó requiere tener una validez interna (Constructo), lo cual puede ser una línea de investigación derivada de ésta.

En el instrumento que se usó se aplicó la validez externa (coeficiente de confiabilidad), por lo tanto los resultados obtenidos nos dejan un panorama sobre la calidad de la atención del servicio de urgencias.

Cabe mencionar que ningún de los indicadores alcanzó la calificación establecida, pero hay algunos que se acercan a esta calificación, aunque la mayoría de los indicadores están por debajo de seis de calificación, es decir se encuentran en los rubros de muy mala, mala, y regular calidad.

La calificación de la calidad de la atención médica fue regular.

Los indicadores más altos fueron la nota médica, estándares de práctica médica y relación médico paciente.

Los indicadores más bajos fueron servicio oportuno, mejora continua y procedimientos y reglamentos.

Estos parámetros pueden servir para trabajar posteriormente en estas áreas de oportunidad.

Ahora bien, la calidad se puede medir de diferentes maneras, pero en general como marca la bibliografía, se mide desde la perspectiva del usuario, y generalmente se queja de una atención deficiente, de largos tiempos de espera, de maltrato. Pero es importante que los médicos se sientan parte del sistema de calidad, es necesario que sean involucrados y se le haga parte de la calidad. Si los médicos no saben cuál es el panorama o de que se trata la calidad, se rompe un eslabón importante en este proceso.

Concluyo comentando que lo que se obtuvo aquí simplemente es la visión desde el prestador de servicios que en este caso fueron únicamente los médicos de urgencias, falta observarlo desde los demás prestadores de servicios, y desde los usuarios, ya que como se comentaba la calidad es un proceso complejo de definir y por lo tanto de medir...

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguirre H. 1990. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Mex 32: 170-180.

Albrecht K. 1988. Gerencia del servicio. En: Editorial Legis. Segunda edición. Bogotá, Colombia.

Aranza J, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, Antón P. 2004. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc) 123 (16): 615-618.

Arenas H. 2002. Calidad en salud y su relación con el proceso de certificación y recertificación. Cirujano General 24 (1): 48- 52.

Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. 1997. Del “cuanto” al “porque”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 39 (5): 442-450.

Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. 1997. “Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Publica Mex 39: 546-553.

Burmester H. 1997. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Rev Panam Salud Publica 1(2): 15-22.

Caminal J. 2001. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 16: 276-279.

Campero LC. 1990. Calidad de la relación pedagógica médico paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. Salud Publica Mex 32: 192-204.

Carlzon J. 1989. El momento de la verdad. En: Ediciones Díaz Santos. Segunda edición. Madrid España.

Chang M, Alemán M, García R, Miranda R. 2000. Evaluación de la calidad de atención en el subsistema de urgencias del Municipio 10 de octubre, 1997. Rev. Cubana Salud Pública 24(2): 110-116.

Codman EA. 1914. El producto de los Hospitales: citados por Karr L. White Surgery Gynecology and obstetrics 18:491-496. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Ops, Washington, D.C., 1992.

Constitución Política de los Estado Unido Mexicanos. 1917. Título primero, Capítulo I de las garantías individuales. Artículo 4to. Última reforma DOF 01-06-2009; p. 5.

Crosby P. 1979. Quality is free. En: Editorial Mc Graw Hill. Primera edición. Nueva York.

Crosby P. 2000. La calidad y yo. En: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. Tercera edición. México.

Deming W. 1989. Calidad, productividad y competitividad. La Salida de la crisis. En: Editorial Díaz Santos. Primera edición. Madrid, España.

De Moraes H. 1993. Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales de Latinoamérica y el Caribe. Salud Pública Mex 35:248-258.

Dickens P. 1994. Quality and excellence in human services. Chichester: Wiley.

Dirección General de Información y Evaluación de Desempeño de la Secretaría de salud, México. 2002. Indicadores para la evaluación de los sistemas. Salud Pública Mex 44(4): 371-380.

Donabedian A. 1993. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública Mex* 35:238-247.

Donabedian A. 1966. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.

Donabedian A. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, ML Health Administration Press, 1-31.

Donabedian A. 1984. *La Calidad de la Atención Médica*. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México p. xvii-xxiii.

Duran LG, Frenk JM, Becerra AJ. 1990. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. *Salud Pública Mex* 32: 181-191.

Feingebaum A. 1991. *Total Quality Control*. En: Editorial Mc Graw Hill. Quinta edición. New York, NY.

Fernández SC. 2006. El IMSS en Cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México, 2004. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 44 (5): 481-488.

Flexner A. 1910. *Medical education in the United State and Canada: Resort to Carnegie Fundation for Advanced of Teaching with Introduction by Henry do Princhett*, New York, D.B. up dike, the Merrymount Press.

Frenk JM. 1985. *El concepto y la medición de la accesibilidad*. *Salud Pública de México* 27(5):438.453.

Frenk JM, Ruelas EB. 2005. Medir para mejorar el desempeño del sistema de salud mexicano. *Salud Publica Mex* 47, supl 1: 1-3.

Frenk JM, Ruelas EB, Tapia RC, Castañón RR. 2002. En: Secretaria de Salud. Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. Primera edición, impreso y hecho en México.

Garbor A. 1992. El hombre que descubrió la calidad. En: Editorial Granica. Primera edición. Buenos Aires.

García E, Illa C, Arias A, Casas M. 2001. Los top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidad Asistencial 16: 107-116.

Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. 2001. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico quirúrgico hospital de Virgen de la nieves. Rev Calidad Asistencial 16: 37-44.

Gómez JJ. 2003. Clasificación de los pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias 15: 165-174.

González EP, Gutiérrez CD, Stevens G, Barraza ML, Porras RC, Carvalho M, et al. 2007. Definición de las prioridades para las intervenciones de salud en el sistema de protección social en salud de México. Salud Pública Mex 49: supl 1: S37-S52.

Govindarajan R. 2008. La excelencia en el sector sanitario con ISO9001. En Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, S. A. U. Capítulo I: Introducción. Primera edición España p. 1-19.

Grönroos C. 1983. Strategic management and marketing in the service sector. Boston: Marketing Science Institute.

Grupo de trabajo SEMES-Insalud. 2001. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. Emergencias 13: 60-65.

Guix JO, Fernández JB, Sala LB. 2006. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit* 20(6):465-72.

Hammer M, Champy J. 1993. *Reengineering the corporation: a manifesto for Business Revolution*. En Harper Business. Primera edición. New York.

Hernán MG, Gutiérrez C, Lineros CG, Ruiz CB, Rabadán AA. 2002. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud. *Aten Primaria* 30(7): 425-434.

Herrera M, Rodríguez M, Pino E, Mora D, Doblaz A, Castillo m. 2001. Como instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. *Emergencias* 13: 40-48.

INTERNATIONAL STANDARD ISO 9000:2000. *Quality Management Standard Systems Fundamentals and Vocabulary*.

Ishikawa K. 1986. ¿Qué es el control total de la calidad?, la modalidad japonesa. En: Editorial Norma. Tercera edición. Colombia.

Ishikawa, K. 1989. *Introducción al control de calidad*. En: Editorial Díaz Santos. Segunda edición. Madrid España.

Jones LW. 1990. The Fundamentals of Good Medical Care. *Revista de Salud Pública Mex* 32 (2): 245-247.

Juárez RO. 2001. Problemas que enfrenta el médico en urgencias. *Trauma* 4(3): 85-86.

Juran J. 1990. *Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*. En Editorial Díaz Santos. Segunda Edición. Madrid, España.

Juran J. 1994. Juran y la planificación para la calidad. En: Editorial Díaz Santos. Introducción a la planificación de la calidad. Segunda Edición. Madrid, España. p. 1-13.

Laguna JC, Salinas CO. 1990. Mejoría de la calidad de los servicios médicos del departamento del distrito Federal. Salud Pública Mex 32: 221-224.

Lee R, Jones LW. 1993. The fundamentals of good medical care. Chicago: Chicago University Press.

Lumbcke PD. 1956. Métodos científicos de auditoría médica. Su aplicación en la cirugía mayor de la pelvis en la mujer. Journal of the American Medical Association. 162: 646-655.

Martín PM. 2007. Yo primero, después los clientes. En: Edición Fenómeno. Primera edición México.

Mira JJ, Fernández E, Vitaller J. 1992. La Calidad de la Asistencia en Salud Mental. Información Psicológica 48: 62-71.

Ortiz R, Muñoz S, Torres E. 2004. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Rev Esp Salud Pública 78 (4): 1-15.

Ortún V, Gérvas J. 1996. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 106: 97-102.

Palmer HR. 1983. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing.

Peña VR. 2002. Calidad en medicina de urgencias, una necesidad de nuestros días. Revista Mexicana de Medicina de Urgencias 1(2): 65-68.

Ramírez TS, Nájera PA, Nigenda GL. 1998. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 40: 3-12.

Rencoret GS. 2003. Auditoría médica: Demandas y responsabilidades por negligencias médicas. *Gestión de calidad: riesgos y conflictos. Revista Chilena de Radiología* 9 (3): 157-160.

Reyes HZ, Meléndez VC, Vidal LP. Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Publica Mex* 32: 332-342.

Rico EC, Mena NP, Concepción MA, Breijo HM. 2003. Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias. *Rev Cubana Enfermer* 19(3):139-44.

Rivero SO, Tanimoto M. El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX (tercera parte). Ed. Siglo veintiuno editores IV(19): 291-321.

Riveros JS, Berné CM. 2006. La aplicación del marketing en hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: El caso de un hospital del sur de Chile. *Rev Med Chile* 134: 353-360.

Rodríguez C. 1997. El nuevo escenario. La cultura de calidad y productividad en las empresas. En: Editorial Iteso. Primera edición. Tlaquepaque, Jalisco, México.

Rosenblatt A, Wyman N, Kingdon D, Ichinose C. 1988. Managing what you measure: creating outcome-driven systems of care for youth with serious emotional disturbances. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 25: 177-193

Ruelas EB. 1990. De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Pública Mex* 32:108-109.

Ruelas EB. 1990. Transiciones indispensables: de la cantidad a calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud pública Mex* 32(2): 108-109.

Ruelas EB, Reyes HZ, Zurita BG, Vidal LP, Karchmer S. 1990. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Publica Mex* 32: 207-220.

Ruelas EB, Vidal LP. 1990. Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex* 32: 225- 231.

Ruíz MC, Martínez GN, Calvo JR, Aguirre HG, Arango RR, Lara RC, et al. 1990. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud pública Mex* 32: 156-169.

Ruiz JS. Ruiz AS. Latorre CS. Palacios LS. 2001. Evaluación de un programa de educación médica para el mejoramiento de la calidad de la atención clínica de los médicos generales de la red de prestadores de servicio de primer y segundo nivel de atención del sur occidente del Distrito Capital. Bogotá.

Saura J. 1997. Construcción y evaluación de protocolos o guías para la práctica. En: J. Saturno, J.J. Gascón, P Parra (Eds.). *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma.

Schlaepfer L, Infante C. 1990. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Publica Mex* 32: 141-155.

Sheps C. 1995. Métodos para evaluar la calidad de la atención Hospitalaria. *Public Health Reports* 70(9):87-97.

Suárez M. 2001. La filosofía del Kaizen. Una aplicación práctica en una empresa del sector público. *Revista contacto de la calidad total de unión empresarial* 11(22): suplemento de desarrollo organizacional.

Suárez M. 2007. El Kaizen: la filosofía de mejora continua e innovación incremental detrás de la administración por la calidad total. En: Panorama Editorial. El concepto de calidad. Primera edición México. p. 47-85.

Suñol R, Bañares, J. 1997. Origen, evolución y características de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En: J. Saturno, J.J. Gascón y P. Parra (Eds.) Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma.

Tena CT, Sánchez JG, Rivera AC, Hernández LG. 2003. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. Rev Med IMSS 41 (5): 407-413.

Varo J. 1995. La calidad de la atención médica. Med Clin 104:538-540.

Zurita B, Ramirez T. 2001. Desempeño de sector privado de la salud en México. Caleidoscopio de la salud 2:153-16.

ANEXOS

Anexo II

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

No Folio de Cuestionario: _____

Fecha: _____

Esta información es completamente confidencial, solo será utilizada para fines de la investigación, no se dará a conocer el resultado de la evaluación individual a persona y/o institución alguna.

I: Favor de llenar los siguientes datos, son de carácter socio demográfico:

Categoría: _____ Edad: _____
Género: Masculino _____ Femenino _____
Turno: Matutino _____ Nocturno _____
Vespertino _____ Jornada acumulada _____
Preparación profesional: Licenciatura _____ Especialidad _____
Maestría _____ Doctorado _____
Estado laboral: suplente _____ Interinato _____ Base _____
Tiempo trabajando en la Institución: _____

Esta información es estrictamente confidencial, en ningún momento se dará a conocer los resultados de la evaluación a ninguna persona y/o institución, será utilizada para efectos de la investigación solo por los investigadores principales.

A continuación encontrara varios enunciados, a cada lado encontrará tres respuestas, ^SI^, ^NO^, y ^NO SE^, responda según sea su caso.

Anote del lado izquierdo del enunciado:

- SI si considera que la aseveración es verdadera.
- NO si considera que el enunciado es falso.
- NS en caso de que desconozca la respuesta correcta.

1. Le informo a mi paciente y/o a sus familiares cual es el diagnostico de su padecimiento
2. Le informo a mi paciente y/o a sus familiares el plan a seguir.

3. Le informo a mi paciente y a su familia el porqué de su tratamiento, si es quirúrgico o medico.
4. Informo a mi paciente y a su familia de las posibles complicaciones con mis tratamiento establecidos.
5. Conozco lo que es un consentimiento informado
6. Explico a mi paciente y a su familia lo que es consentimiento informado.
7. Entrego el consentimiento informado y solo pido que lo firme, no doy explicaciones.
8. Pido que firmen el consentimiento informado y se los explico.
9. Conozco el código de ética de mi hospital
10. No me interesa conocer el código de ética de mi hospital
11. En urgencias esta el código de ética del hospital.
12. Nunca he visto el código de ética en mi hospital
13. Si me preguntan dónde está el código de ética de mi hospital, se responder en que parte del hospital o de urgencias se encuentra
14. Conozco la misión, visión y valores de mi hospital.
15. No he visto ni el código de ética, ni la misión, ni los valores ni la visión, pero yo los investigue
16. Si me preguntan cuál es el código de ética de mi hospital se responder cual es.
17. Conozco la misión, ni la visión ni los valores de mi hospital así que no me los pregunten.
18. En urgencias esta a la vista de todos los trabajadores la misión, visión y valores de mi hospital.
19. Estoy interesado en la misión, visión y valores de mi hospital que hasta los investigue.
20. Las autoridades de mi hospital me ha dado vía verbal o escrita la misión, visión o valores de mi hospital y/o área de trabajo
21. Mi área de trabajo es adecuada para interrogar a mi paciente.
22. En mi área de trabajo hay privacidad para el paciente, al hacerle algún procedimiento
23. Le explico a mi paciente el porqué y para que lo exploro.
24. Mi interrogatorio es tan bueno que ya no es necesario que explore a mi paciente pues ya tengo el diagnostico.
25. Conozco el procedimiento de aseo de manos instalado por el comité de epidemiologia
26. No me da tiempo de lavarme las manos entre un paciente y otro
27. Me lavo las manos entre un paciente y otro.
28. En mi área de trabajo siempre hay jabón y sanitas
29. En urgencias está bien identificada el área para curaciones
30. En urgencias contamos con bolsas para basura: amarilla, roja y verde.
31. Distingo entre una bolsa verde, una amarilla y una roja, de tal manera que siempre pongo la basura y residuos donde corresponde.
32. Nos preocupamos por dar platicas de cómo separa la basura que se genera en urgencias

33. Siempre saludo al derechohabiente.
34. Además de traer mi gafete a la vista, me presento con el derechohabiente.
35. Corroboro que el brazalete que porta el derechohabiente efectivamente sea de él.
36. Observo si el derechohabiente trae o no brazalete e identifico si es de 'el.
37. Desconozco que se hace con los objetos del derechohabiente pues eso es trabajo de alguien más.
38. Conozco el procedimiento de resguardo de objetos personales de los derechohabiente y se quien lo hace.
39. Resguardo los objetos personales del derechohabiente de acuerdo al manual de procedimientos o le hablo a quien se encarga de ellos.
40. Siempre que llega un paciente psiquiátrico se pide autorización a la familia para atenderlo.
41. Hay formatos de consentimiento informado o formatos donde se pueda plasmar que la familia o familiar encargado de un paciente psiquiátrico está de acuerdo en que se de tratamiento al paciente.
42. Hay formatos o consentimiento informado donde el familiar del paciente pediátrico está de acuerdo en que revise al paciente y le dé tratamiento.
43. Si el paciente tiene perdida del estado de despierto o no está apto para tomar decisiones hay formatos donde se le solicita al familiar que autoriza la revisión y tratamiento del paciente.
44. Siempre trato bien a los derechohabientes.
45. Me ha tratado mal algún familiar o algún paciente.
46. He visto que alguno de mis compañeros trata mal a algún derechohabiente.
47. Alguna vez he visto que uno de mis compañeros es víctima de maltrato por parte de los derechohabientes y/o de sus familiares.
48. Cuento con el apoyo de mis directivos, autoridades cuando soy maltratado por el derechohabiente.
49. Existe un departamento a dónde acudir si soy víctima de agresión por parte de algún derechohabiente.
50. En urgencias hay protocolos de manejo para tratar pacientes agresivos, violentos y/o psiquiátricos.
51. Si soy agredido por algún paciente tengo a dónde acudir para que me auxilien
52. Conozco la carta de los derecho generales de los pacientes
53. En urgencias esta a la vista tanto de trabajadores IMSS, como de los derechohabientes la carta de los derechos generales de los pacientes.
54. He oído a cerca de la carta de los derecho generales de los pacientes
55. Nuestras autoridades y el departamento de calidad se encarga de que estemos enterados de la carta de los derechos generales de los pacientes.
56. Nos han capacitado acerca de la carta de los derechos generales de los pacientes.
57. Los pacientes me han comentado algo acerca de sus derechos generales.
58. En urgencias se difunde la carta de los derechos generales de los pacientes entre los derechohabientes.
59. Conozco la carta de los derechos generales de los médicos.
60. Me han capacitado acerca de la carta de los derechos generales de los médicos.

61. La carta de los derechos generales de los médicos está a la vista, en urgencias, de todos los trabajadores IMSS y de los derechohabientes.
62. Nos han dado pláticas o folletos donde nos explican acerca de la carta de los derechos generales de los médicos.
63. En mis notas plasmo los cuidados posteriores que debe tener el derechohabiente en su hogar.
64. Le explico al paciente los cuidados posteriores que debe tener en su hogar.
65. En mis notas plasmo el tratamiento farmacológico a seguir.
66. En mis notas plasmo el seguimiento que se debe dar al derechohabiente, es decir, estudios de laboratorio y/o gabinete o valoraciones posteriores.
67. Somos suficientes trabajadores de mi categoría (trabajo social o asistentes médicos o enfermeros o médicos), en mi turno para cubrir las necesidades que se presenten durante el turno.
68. Son necesarios más trabajadores IMSS de mi categoría (trabajo social, o asistentes médicos, o enfermería, o médicos), en mi turno para cubrir las necesidades que se presenten durante el turno.
69. Generalmente durante mi turno nos bastamos los trabajadores IMSS de mi categoría (trabajo social, o asistentes medicas, o enfermería, o médicos) pues atendemos a todos los derechohabientes que solicitan la atención medica.
70. Al solicitar estudios de laboratorio y/o gabinete tenemos alguien designado para recabarlos y entregarlos oportunamente.
71. Según el manual de procedimientos yo recojo los laboratorios y/o estudios de gabinete.
72. Desconozco el manual de procedimiento respecto a los laboratorios y/o estudios de gabinete.
73. Los estudios de laboratorio y/o estudios de gabinete que se solicitan están plasmados en la nota médica.
74. Se informa a los derechohabientes de sus resultados de sus laboratorios y/o estudios de gabinete.
75. Los estudios de laboratorio y/o gabinete se toman y nunca se le informa al derechohabiente o familiar para que se le practican.
76. Se le hace nota de evolución a los pacientes.
77. Le informo al derechohabiente cuando es necesario hacer un procedimiento invasivo.
78. Al paciente que requiere de algún procedimiento invasivo se le explica en qué consiste y para qué es.
79. Existen formatos o consentimiento informado para los procedimientos invasivos que se les realizan a los derechohabientes.
80. Los estudios de laboratorio y/o gabinete siempre se plasman en la nota médica.
81. Siempre que se solicitan laboratorios, la solicitud está debidamente documentada.
82. Verifica que los laboratorios de estudio y/o gabinete sean del derechohabiente.
83. Anoto la hora en que atiendo mi paciente.
84. Verifico que la nota que voy a realizar sea del mismo paciente.

85. En la nota medica u hoja de la enfermería plasmo los síntomas mi paciente.
86. En la nota medica u hoja de enfermería plasmo la exploración física de mi paciente.
87. En la nota medica u hoja de enfermería plasmo el diagnóstico de mi paciente.
88. En la nota medica u hoja de enfermería plasmo el plan de tratamiento de mi paciente.
89. En caso de que en urgencias no contemos con algún medicamento o material para algún procedimiento busco alternativas.
90. En caso de que en urgencias no contemos con algún medicamento o material para algún procedimiento lo reporto por escrito.
91. En caso de que en urgencias no contemos con algún medicamento o material para algún procedimiento hay una autoridad competente a quien reportarlo.
92. En el servicio de urgencias se cuenta con una autoridad o directivo encargado de reportar o verificar tanto la existencia de medicamentos o materiales que hagan falta.
93. La evaluación médica se documenta en los primeros 15 a 30 min de su ingreso.
94. Existen protocolos de manejo para pacientes poli traumatizados.
95. Existe un sistema de quejas y sugerencias en el servicio de urgencias.
96. Tengo el apoyo de mis autoridades para la mejora continua del servicio.
97. En caso de alguna queja o sugerencia del servicio tengo el apoyo de mis directivos para solucionarla.
98. Conozco cuales son los indicadores de desempeño para la atención del paciente de urgencias.
99. Hay protocolos de manejo para tratar por lo menos las 3 primeras causas de muerte en urgencias.
100. Hay protocolos de manejo para tratar por lo menos las 3 primeras causas de atención en el servicio de urgencias.
101. Para la atención del paciente se cumple al 100% el triage.
102. Existe un sistema de interconsultas eficiente.
103. Son atendidas rápidamente las interconsultas.
104. Existe un equipo multidisciplinario para la atención del derechohabiente.
105. Cuento con un reglamento para los pacientes y familiares que están en urgencias.
106. El reglamento de estancia en urgencias esta a la vista de familiares, paciente y trabajadores IMSS.
107. Existe algún comité o grupo de proveedores de servicios que se encarguen de crear protocolos de manejo.
108. Hay sesiones de educación médica continua donde se establecen manejos basados en evidencia.
109. Según el perfil de puestos y el manual de procedimientos, estoy preparado para estar en el servicio de urgencias.
110. Constantemente me estoy preparando y tengo cursos que avalan mi estancia en el servicio de urgencias.
111. Mis notas son legibles.

112. Entre los documentos que se encuentran en el servicio de urgencias, para plasmar la atención, está el consentimiento informado.
113. Conozco la política de calidad de mi institución
114. En urgencias está a la vista la política de calidad de mi institución.
115. Existe consentimiento informado o formato para alta voluntaria en caso del paciente que rechace tratamiento.
116. Conozco las 3 primeras causas de muerte en urgencias.
117. Conozco las 3 primeras causas de atención en urgencias.
118. Interrogo y exploro a mi paciente

Anexo III

Criterios de evaluación capítulo procesos y resultados modificado.

No Folio de Cuestionario: _____

Fecha: _____

Esta información es estrictamente confidencial, en ningún momento se darán a conocer los resultados de la evaluación, a ninguna persona y/o institución; únicamente será utilizada para efectos de la investigación solo por los investigadores principales.

I: Favor de llenar los siguientes datos, son de carácter socio demográfico. En lo referente a turno nocturno, el turno A se refiere a guardia lunes miércoles y viernes, el turno B se refiere a martes jueves y domingo y finalmente el turno C se refiere al sábado.

Género: Masculino () Femenino ()
Edad: _____ años
Turno: Matutino () Nocturno (A) (B) (C)
Vespertino () Jornada acumulada ()
Preparación profesional: Licenciatura () Especialidad () _____
Estado laboral: Suplente () Interinato () Base ()
Tiempo trabajando en el servicio de urgencias: _____

A continuación encontrara varios enunciados, a cada lado encontrará tres respuestas, “SI”, “NO”, y “NO SE”, responda según sea su caso.

MARQUE CON UNA “X” del lado DERECHO del enunciado:

- SI si considera que la aseveración es verdadera.
- NO si considera que el enunciado es falso.

1	En urgencias esta el código de ética del hospital.	SI	NO
2	Conozco la misión, visión y valores de mi hospital.	SI	NO
3	Conozco la política de calidad de mi institución	SI	NO
4	En urgencias esta a la vista de todos los trabajadores la misión, visión y valores de mi hospital.	SI	NO
5	Las autoridades de mi hospital me ha dado vía verbal o escrita la misión, visión o valores de mi hospital y/o área de trabajo	SI	NO
6	En urgencias esta a la vista la política de calidad de mi institución	SI	NO
7	Conozco la carta de los derecho generales de los pacientes	SI	NO
8	En urgencias esta a la vista tanto de trabajadores IMSS, como de los derechohabientes la carta de los derechos generales de los pacientes	SI	NO
9	Nuestras autoridades y el departamento de calidad se encarga de que estemos enterados de la carta de los derechos generales de los pacientes	SI	NO
10	Nos han capacitado acerca de la carta de los derechos generales de los pacientes.	SI	NO
11	En urgencias se difunde la carta de los derechos generales de los pacientes entre los derechohabientes.	SI	NO
12	Conozco la carta de los derechos generales de los médicos.	SI	NO
13	Me han capacitado acerca de la carta de los derechos generales de los médicos.	SI	NO
14	La carta de los derechos generales de los médicos está a la vista, en urgencias, de todos los trabajadores IMSS y de los derechohabientes.	SI	NO
15	Nos han dado pláticas o folletos donde nos explican acerca de la carta de los derechos generales de los médicos.	SI	NO
16	Trato con respeto a los derechohabientes.	SI	NO
17	Me ha tratado mal algún familiar o algún paciente.	SI	NO
18	He visto que alguno de mis compañeros trata mal a algún derechohabiente.	SI	NO
19	He visto como uno de mis compañeros es víctima de maltrato por parte de los derechohabientes y/o de sus familiares.	SI	NO
20	Cuento con el apoyo de mis directivos, autoridades cuando soy maltratado por el derechohabiente.	SI	NO
21	Existe un departamento a dónde acudir si soy víctima de agresión por parte de algún derechohabiente.	SI	NO
22	Somos suficientes trabajadores de mi categoría, en mi turno, para cubrir las necesidades que se presentan durante mi turno.	SI	NO
23	Existe un sistema de quejas y sugerencias en el servicio de urgencias.	SI	NO
24	Tengo el apoyo de mis autoridades para la mejora continua del servicio, para resolver quejas o sugerencias.	SI	NO
25	Conozco cuales son los indicadores de desempeño para la atención del paciente de urgencias.	SI	NO
26	Conozco las tres primeras causas de muerte en urgencias.	SI	NO

27	Conozco las tres primeras causas de atención en el servicio de urgencias.	SI	NO
28	Hay protocolos de manejo para tratar por lo menos las 3 primeras causas de muerte en urgencias.	SI	NO
29	Hay protocolos de manejo para tratar por lo menos las 3 primeras causas de atención en el servicio de urgencias.	SI	NO
30	Para brindar una mejor atención en el servicio de urgencias se cumple al 100% el triage	SI	NO
31	Tengo un reglamento para los pacientes y familiares que están en urgencias, y esta a la vista de todos	SI	NO
32	Existe algún comité o grupo del personal de salud que se encarguen de crear protocolos de manejo.	SI	NO
33	Continuamente hay sesiones de educación médica continua donde se establecen manejos basados en evidencia.	SI	NO
34	Según el perfil de puestos y el manual de procedimientos, estoy preparado para estar en el servicio de urgencias.	SI	NO
35	Constantemente me estoy preparando y tengo cursos que avalan mi estancia en el servicio de urgencias.	SI	NO
36	Le informo a mi paciente y/o a sus familiares cual es el diagnostico de su padecimiento	SI	NO
37	Le informo a mi paciente y/o a sus familiares el plan a seguir.	SI	NO
38	Les informo a mi paciente y a su familia el porqué de su tratamiento, si es quirúrgico o medico.	SI	NO
39	Informo a mi paciente y a su familia de las posibles complicaciones con mis tratamiento establecidos.	SI	NO
40	Conozco el consentimiento informado	SI	NO
41	Explico a mi paciente y a su familia lo que es consentimiento informado, y pido que lo firmen.	SI	NO
42	Mi área de trabajo es adecuada para interrogar a mi paciente.	SI	NO
43	En mi área de trabajo hay privacidad para el paciente, al hacerle algún procedimiento	SI	NO
44	Le explico a mi paciente el porqué y para que lo exploro.	SI	NO
45	Interrogo y exploro a mi paciente.	SI	NO
46	Conozco el procedimiento de aseo de manos instalado por el comité de epidemiología	SI	NO
47	Me lavo las manos entre un paciente y otro	SI	NO
48	En mi área de trabajo hay jabón y sanitas	SI	NO
49	En urgencias está bien identificada el área para curaciones	SI	NO
50	En urgencias contamos con bolsas para basura: amarilla, roja y verde.	SI	NO
51	Distingo entre una bolsa verde, una amarilla y una roja, de tal manera que se colocan adecuadamente los residuos la basura y residuos donde corresponde.	SI	NO

52	Capacitamos sobre la separación de los residuos generados en urgencias	SI	NO
53	Saludo al derechohabiente.	SI	NO
54	Además de traer mi gafete a la vista, me presento con el derechohabiente.	SI	NO
55	Corroboro que el brazalete que porta el derechohabiente efectivamente sea de él.	SI	NO
56	Existe consentimiento informado o formato para alta voluntaria en caso de paciente que rechace tratamiento.	SI	NO
57	Resguardo los objetos personales del derechohabiente de acuerdo al manual de procedimientos o le hablo a quien se encarga de ellos.	SI	NO
58	Cuando llega un paciente psiquiátrico le pido autorización a la familia para atenderlo.	SI	NO
59	Hay formatos de consentimiento informado o formatos donde se pueda plasmar que la familia o familiar encargado de un paciente psiquiátrico está de acuerdo en que se de tratamiento al paciente	SI	NO
60	Hay formatos o consentimiento informado donde el familiar del paciente pediátrico está de acuerdo en que revise al paciente y le dé tratamiento.	SI	NO
61	Para el paciente que tiene pérdida del estado de despierto o no está apto para tomar decisiones hay formatos donde se le solicita al familiar que autoriza la revisión y tratamiento del paciente.	SI	NO
62	En urgencias hay protocolos de manejo para tratar pacientes agresivos, violentos y/o psiquiátricos.	SI	NO
63	En mis notas plasmo los cuidados posteriores que debe tener el derechohabiente en su hogar.	SI	NO
64	Le explico al paciente los cuidados posteriores que debe tener en su hogar.	SI	NO
65	En mis notas plasmo el tratamiento farmacológico a seguir.	SI	NO
66	En mis notas plasmo el seguimiento que se debe dar al derechohabiente, es decir, estudios de laboratorio y/o gabinete o valoraciones posteriores.	SI	NO
67	Al solicitar estudios de laboratorio y/o gabinete tenemos alguien designado para recabarlos y entregarlos oportunamente.	SI	NO
68	Los estudios de laboratorio y/o estudios de gabinete que se solicitan se plasman en la nota médica.	SI	NO
69	Se informa a los derechohabientes de sus resultados de sus laboratorios y/o estudios de gabinete.	SI	NO
70	Hago nota de evolución a los pacientes.	SI	NO
71	Al paciente que requiere de algún procedimiento invasivo se le explica en qué consiste y para qué es.	SI	NO
72	Existen formatos o consentimiento informado para los procedimientos invasivos que se les realizan a los derechohabientes.	SI	NO

73	Verifico que los laboratorios de estudio y/o gabinete sean del derechohabiente.	SI	NO
74	Anoto la hora en que atiendo mi paciente.	SI	NO
75	Verifico que la nota que voy a realizar sea del mismo paciente.	SI	NO
76	En la nota médica anoto los síntomas mi paciente.	SI	NO
77	En la nota médica plasmo la exploración física de mi paciente.	SI	NO
78	En la nota medica plasmo el diagnostico de mi paciente.	SI	NO
79	En la nota médica anoto el plan de tratamiento de mi paciente.	SI	NO
80	En caso de que en urgencias no contemos con algún medicamento o material para algún procedimiento busco alternativas.	SI	NO
81	En caso de que en urgencias no contemos con algún medicamento o material para algún procedimiento lo reporto por escrito.	SI	NO
82	En el servicio de urgencias se cuenta con una autoridad o directivo encargado de reportar o verificar tanto la existencia de medicamentos o materiales que hagan falta.	SI	NO
83	Son atendidas rápidamente las interconsultas.	SI	NO
84	Existe un equipo multidisciplinario para la atención del derechohabiente.	SI	NO
85	Mis notas son legibles.	SI	NO
86	Conozco el código de ética de mi hospital	SI	NO
87	La nota médica se realiza en los primeros 15(quince) a 30 (treinta) minutos del ingreso de un paciente.	SI	NO
88	Entre los documentos que se encuentran en el servicio de urgencias, para plasmar la atención medica, está el consentimiento informado	SI	NO