



**SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**



**“Medición de la calidad de la atención médica del servicio de urgencias del
Hospital Juárez de México.”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

GARCÍA LÓPEZ ISABEL VICTORINA

ASESOR: LIC. MAYA MORALES JOSE MANUEL

NOVIEMBRE 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

CAPITULO I

1.1 Introducción.....	1
1.2 Resumen.....	2
1.3 Planteamiento del problema.....	3
1.4 Objetivos.....	4
1.5 Hipótesis.....	5

CAPITULOII Marco Teórico.

2.1 Antecedentes históricos de la calidad.....	6
2.2 Historia y origen del fenómeno.....	9
2.3 El control estadístico de la calidad.....	12
2.4 Elementos conceptuales de la calidad.....	16
2.5 La calidad en el servicio.....	22
2.6 Dimensiones de la calidad.....	26
2.7 La calidad en los servicios de salud.....	28
2.8 Importancia de la calidad en los servicios de salud.....	30
2.9 Metodología de la evaluación de la calidad asistencial.....	31
2.10 Determinación de los niveles de cumplimiento.....	32
2.11 Indicadores.....	33
2.12 Servicio de urgencias.....	38
2.13 Cruzada nacional por la calidad.....	40
2.14 Programa si calidad.....	41
2.15 Indicas.....	46
2.16 Aval ciudadano.....	47

CAPITULO III METODOLOGIA	
3.1 Definición de variables.....	50
3.2 Característica de la muestra.....	51
3.4 Operacionalización de variables.....	53
3. Metodología.....	55
CAPITULO IV RESULTADO.....	57
CAPITULO V CONCLUSIONES.....	70
5.1 Sugerencias de mejora.....	72
CAPITULO VI ANEXO.....	74
6.1 Instructivo de instrumentos.....	77
6.2 Glosario.....	81
CAPITULO VII BIBLIOGRAFIA.....	89

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

En las instituciones que prestan servicios de salud se evalúan entre otros elementos, los programas de garantía de calidad los cuales se desarrollan en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos. Por lo que se hace necesario desarrollar mecanismos que permitan medir y evaluar cuantitativa y cualitativamente desde el punto de vista de los financiadores, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para ello se han establecido estándares que permiten comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad.

Para evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación en particular y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de la atención en salud.

Por tanto, para realizar la evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio, al realizar la evaluación de la calidad de los *resultados*, estos se relacionan con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario. El resultado también se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría del estado de salud del paciente. Así como la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. Las ventajas de esta evaluación son la efectividad del cuidado en salud, los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación más exacta, y los estudios pueden ser más universales y comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados

1.2 RESUMEN

El estudio de investigación que a continuación se presenta se llevo a cabo en el servicio de urgencias del Hospital Juárez de México, durante el periodo comprendido del 01 de agosto del 2008 al 31 julio del 2009.

Material y métodos El tipo de estudio es: descriptivo, prospectivo, longitudinal y observacional.

El tipo de encuesta fue descriptiva, en la cual participaron 360 usuarios que acudieron al servicio de Urgencias del Hospital Juárez de México, la encuesta se aplicó después de salir de la consulta.

Los instrumentos utilizados fueron los establecidos por el sistema integral de calidad como son: La guía de cotejo para el monitoreo ciudadano (formato F2-AC/03), recolección de datos para indicadores de trato digno (formato F1- TD / 02), concentración de datos (formato F2- TD 02), índice de integridad. Limpieza y comodidad (formato F3- VI- AC/04), y el formato de la carta compromiso (formato FCC-AC05)

Recolección de datos:

La primera medición se realizó durante los días 29 y 30 de septiembre, la segunda el 24 y 25 de noviembre del 2008, y la tercera medición el 10 y 11 de marzo del año 2009.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años el tema de la Calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud, tanto a nivel nacional como internacional. Actualmente en nuestro país, es uno de los principios rectores de la política sectorial es decir la calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios.

Sin embargo, los hospitales del sector público enfrentan diversa problemática y pese a los esfuerzos por brindar un mejor servicio, los usuarios siguen manifestando insatisfacción por la atención que reciben. Lograr la calidad en el servicio de Urgencias es tarea difícil, por la complejidad del servicio y las múltiples variables que influyen para lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio. Entre estas variables se encuentran, la puntualidad del servicio, la oportunidad en la atención del paciente, amabilidad del personal de salud y asistentes, limpieza del lugar, infraestructura ofrecida, presentación del personal, el nivel del trato humano, capacidad técnico médica, y el nivel de información del usuario sobre su enfermedad. Los usuarios evalúan la calidad de un servicio de urgencias como un todo, si una de las variables no funciona, las expectativas de los usuarios no son satisfechas; de ahí la importancia de identificar el nivel de satisfacción, ya que un usuario insatisfecho se traducirá en pérdidas para el servicio.

Para las instituciones de salud resulta de vital importancia realizar evaluaciones periódicas que permitan conocer el nivel de cumplimiento de los indicadores de calidad, y posterior al análisis de resultados desarrollar programas de mejora, que tengan como finalidad elevar la calidad de la atención y con ello satisfacer las necesidades de los usuarios.

Todo lo anteriormente expuesto, da pauta para elaborar la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el factor de la calidad de la atención medica del servicio de urgencias del Hospital Juárez de México que provoca insatisfacción de los usuarios en el período comprendido del 01 de agosto del 2008 al 31 de julio 2009?

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar el grado de conocimiento que tiene el personal médico sobre los indicadores de trato digno en el servicio de Urgencias del Hospital Juárez de México.

Objetivos Específicos:

- Comparar y dar seguimiento a los resultados de las tres mediciones de los indicadores de trato digno realizados por el Hospital Juárez de México, con los obtenidos a través de esta investigación.

- Determinar, a partir de los resultados obtenidos, áreas de oportunidad para mejorar la calidad en la atención médica.

1.5 HIPÓTESIS

De trabajo.

La insatisfacción de los usuarios del servicio de urgencias del Hospital Juárez de México, se debe al deficiente conocimiento que tiene el personal médico sobre los indicadores de trato digno.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CALIDAD

"La calidad no es un tema nuevo ya que desde los tiempos de los jefes tribales, reyes y faraones han existido los argumentos y parámetros sobre calidad, alrededor del año 1450 a. C., los inspectores egipcios comprobaban las medidas de los bloques de piedra con un pedazo de cordel. Los mayas también usaron este método y la mayoría de las civilizaciones antiguas daban gran importancia a la equidad en los negocios y cómo resolver las quejas, aún cuando esto implicara condenar al responsable a la muerte, la tortura o la mutilación. "¹

El Código de Hammurabi (1752 a. C.), declaraba: si un albañil construye una casa para un hombre, y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando a su dueño, el albañil será condenado a muerte. Los inspectores fenicios, cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso, aceptaban o rechazaban los productos y ponían en vigor las especificaciones gubernamentales.

En el siglo XIII empezaron a existir los aprendices y los gremios, por lo que los artesanos se convirtieron tanto en instructores como en inspectores, ya que conocían a fondo su trabajo, sus productos y clientes, se empeñaban en que hubiera calidad en lo que hacían, a este proceso se le denominó control de calidad del operario.

Por su parte el señor feudal fijaba y proporcionaba normas, en la mayor parte de los casos, un individuo podía examinar todos los productos y establecer un patrón de calidad único. Este estado de los parámetros de aplicación de la calidad podía florecer en un mundo pequeño y local, pero el crecimiento de la población mundial exigió más productos y por consecuencia, una mayor distribución a gran escala.

¹ "[http://es.wikipedia.org/wiki/Historia de la calidad](http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_calidad)"
Categoría: Calidad

Durante la edad media, se popularizó la costumbre de poner marca a los productos, y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación asociada con la marca. Años más tarde, durante el siglo XIX, inicia el desarrollo del control de calidad, abarcando todo este siglo.

"Es en la *primera etapa* de desarrollo de calidad en la que surge el operador de la misma, en este sistema, un trabajador o un pequeño grupo de trabajadores, tenían la responsabilidad de la manufactura completa del producto, y por lo tanto cada uno de ellos podía controlar totalmente la calidad de su trabajo.

A principio de 1900, inicia la *segunda etapa* del rendimiento del capataz, quien se encargaba de supervisar las tareas que realizan los pequeños grupos de trabajadores y en quien recae la responsabilidad por la calidad del trabajo. Durante la primera guerra mundial, los sistemas de fabricación fueron más complicados, implicando el control de gran número de trabajadores por uno de los capataces de producción; como resultado, aparecieron los primeros inspectores de tiempo completo y se inicia así *la tercera etapa*, denominada control de calidad por inspección".²

Las necesidades de la enorme producción en masa requeridas por la segunda guerra mundial originaron *la cuarta etapa* del control estadístico de calidad, esta fue una fase de extensión de la inspección y el logro de una mayor eficiencia en las organizaciones de inspección. A los inspectores se les proporcionaron herramientas con implementos estadísticos, tales como muestreo y gráficas de control. Esto fue la contribución más significativa, sin embargo este trabajo permaneció restringido a las áreas de producción y su crecimiento fue relativamente lento.

² idem

Las recomendaciones resultantes de las técnicas estadísticas, con frecuencia no podían ser manejadas en las estructuras de toma de decisiones y no abarcaban problemas de calidad verdaderamente grandes, como se les prestaban a la gerencia del negocio.

Esta necesidad "... llevó al quinto paso, el control total de la calidad. Solo cuando las empresas empezaron a establecer una estructura operativa y de toma de decisiones para la calidad del producto que fuera lo suficiente eficaz como para tomar acciones adecuadas en los descubrimientos del control de calidad, pudieron obtener resultados tangibles como mejor calidad y menores costos. Este marco de calidad total hizo posible revisar las decisiones regularmente, en lugar de ocasionalmente, analizar resultados durante el proceso y tomar la acción de control en la fuente de manufactura o de abastecimientos, y finalmente, detener la producción cuando fuera necesario".³

Además, proporcionó la estructura en la que las primeras herramientas del control (estadísticas de calidad) pudieron ser reunidas con las otras técnicas adicionales como medición, confiabilidad, equipo de información de la calidad, motivación para la calidad, y otras numerosas técnicas relacionadas ahora con el campo del control moderno de calidad y con el marco general funcional de calidad de un negocio.

Confirmando la teoría de que, por desgracia, las guerras son uno de los fenómenos que más favorecen el desarrollo tecnológico y la investigación, la segunda guerra mundial impulsó extraordinariamente el control de calidad en los Estados Unidos, como respuesta a la necesidad de producir rápidamente suministros bélicos de elevada fiabilidad.

³ idem

La Segunda Guerra Mundial apresuró el paso de la tecnología de la calidad. "... La necesidad de mejorar la calidad del producto dio por resultado un aumento en el estudio de la tecnología del control de la calidad. Fue en este medio ambiente donde se expandieron rápidamente los conceptos básicos del control de la calidad. Muchas compañías pusieron en vigor programas de certificación del vendedor.

Los profesionistas de la seguridad en la calidad desarrollaron técnicas de análisis de fracasos para solucionar problemas; los técnicos de la calidad comenzaron a involucrarse en las primeras fases del diseño del producto y se iniciaron las pruebas del comportamiento ambiental de los productos”⁴

2.2.- HISTORIA Y ORIGEN DEL FENOMENO

No es exagerado utilizar el término revolución industrial para explicar el fenómeno que ha llevado al Japón, de ser un país hundido y arruinado al término de la segunda guerra mundial, a construirse en una potencia industrial que se está imponiendo al gigante comercial de nuestro siglo.

A comienzos de este siglo Frederick W. Taylor (1815 - 1915), personaje bien conocido por los estudiosos de la administración, desarrollo una variedad de métodos destinados a mejorar la eficiencia de la producción, en los que consideraban a los trabajadores poco más que máquinas capaces de pensar. Este sistema, beneficioso en principio pero fatal en sus consecuencias, tuvo gran arraigo en todos los sistemas comerciales de occidente.

⁴ Idem

En 1931, Walter A. Shewart, de la Bell Telephone Laboratories, que había publicado una serie de escritos sobre la aplicación de la estadística a la calidad de los productos industriales, saca a la luz su famoso trabajo. "Economic Control of Quality of Manufactured Products", (Control Económico de la Calidad de Productos Manufacturados), en el que se plantean los principios básicos del control de la calidad, sobre la base de métodos estadísticos, centrándose en el uso de Cuadros de Control. Convirtiéndose así en el padre del Control de Calidad Moderno (aunque algunos autores dan esta paternidad a Deming, debemos considerar que los estudios de Deming se basaron inicialmente en los de Shewhart).

Después del aporte de Shewhart . "... En 1941 y 1942 se aprobaron y publicaron los " Estándares Z " conocidos como los estándares de la Guerra, que enfocaban el uso de los Cuadros de Control para el análisis de datos y su aplicación durante la producción"⁵.

La llegada a Japón del fenómeno calidad se inicia en 1946, durante la ocupación cuando W. G. Magil y H. M. Sarahson de la SCAP Civilian Communication Section deciden instruir a la industria japonesa de telecomunicaciones en control de calidad.

Dos años después la JUSE (Japanese Union of Scientists and Engineers) consciente de las graves deficiencias de calidad de los productos japoneses, así como de las repercusiones de dicho problema en el mercado exterior, decide fundar un comité de investigación , el <<Q. C. Rercarch Group>>, cuyo fruto inmediato son los primeros cursos de calidad impartidos en 1949.

⁵ Idem

Estos tres aportes eran lo único con que se contaba en el campo del control de calidad durante los años cuarenta en el mundo occidental, donde hasta ese momento la calidad y el mejoramiento no tenían ninguna importancia para las empresas, sino hasta 1947, en que un grupo de colaboradores de Johns- Manville terminaron de rodar y editar un video llamado " Control de Calidad Moderno " con el objetivo de promover los aspectos básicos del control de calidad en su empresa entre los colaboradores e indirectamente a la gerencia: cuadros de control, histogramas, límites para gráficos de barras y cuadros R, así como muestreo. Fue tan exitoso, que trascendió a la empresa y fue utilizado en muchas otras durante décadas. Sin embargo, la concientización real sobre la importancia de la calidad no se asentó en occidente sino hasta los años 80.

Mientras en Japón después de la II Guerra Mundial, se encontraba frente a la nada fácil tarea de reconstruir su país. En aquel momento, las fuerzas de ocupación de los EEUU, decidieron apoyar en la reconstrucción de la economía y la infraestructura de manera directa, con el objetivo de evitar que el Japón recuperara su capacidad bélica.

Llevaron al Japón un importante número de expertos estadounidenses para ayudar en la labor, pero antes de esto, debían ganar la confianza de los japoneses, quienes aún los veían como los enemigos. Para ello crearon la CCS (Civil Communication Section), que debería difundir mensajes pro-EEUU en la población, entre otros a través de programas de radio. Lamentablemente, la población no contaba con radios.

Se construyeron establecimientos industriales orientados a la fabricación de radios, pero luego de la guerra, los administradores experimentados del Japón fueron alejados de puestos de esta naturaleza por su labor durante la guerra y el personal con el que se contaba carecía de formación y experiencia, por lo que el resultado fue productos de bajísima calidad.

Para apalejar este problema se creó el NETL (National Electric Testing Laboratory), con la responsabilidad de controlar la calidad. Sin embargo, poco tiempo después se reconoció que esta estrategia nunca podría alcanzar buenos resultados en el largo plazo, así que se reorientaron los esfuerzos hacia la capacitación de esta nueva generación de administradores. Programa que se realizó conjuntamente por la CCS y la JUSE (Unión de Científicos e Ingenieros del Japón).

2.3 EL CONTROL ESTADÍSTICO DE LA CALIDAD

Entre los temas de la capacitación, se incluyó el Control Estadístico de la Calidad (SQC – Statistical Quality Control y SPC Statistical Process Control) y especialmente los aportes en este campo de Walter Shewhart. La JUSE vió en esta temática una razón, tal vez la principal, de la victoria de los EEUU en la guerra y orientó su interés hacia este campo, solicitando a la CCS que recomendara a expertos que pudieran profundizar y reforzar el tema.

En aquel entonces Shewhart no estaba disponible, así que recomendaron a un profesor de la Universidad de Columbia, que había estudiado y aplicado los métodos de Shewhart, W. Edwards Deming. En 1947 Deming había estado en el Japón como parte de una misión de observación económica, por lo que los japoneses ya lo conocían, facilitando su incorporación como instructor. En 1950, durante dos meses, Deming entrenó a cientos de ingenieros y administradores, así como a ejecutivos de primer nivel

Los Japoneses fusionaron las enseñanzas de Deming y Juran con la Administración por Objetivos y dieron los primeros pasos hacia la Planeación Estratégica de la Calidad y hacia la Administración de la Calidad Total (TQM – Total Quality Management).

La Administración Total de Calidad hace énfasis en los objetivos del negocio principalmente en calidad y varias políticas, prácticas y filosofías gerenciales que soporten dichos objetivos y aumenten la calidad ya sea del producto o servicio, enfocándolo al cliente.

En 1957 Kaoro Ishikawa publica un libro en el que se resalta la importancia de la Administración y las Políticas Operacionales, base de lo que se conoce el Control de Calidad en toda la Compañía (Company-Wide Quality Control- CWCQ), que en términos generales es muy parecido al Control de Calidad Total.

Posteriormente varios conceptos aparecerán en el plano de la calidad desarrollados bajo la teoría de TQM como:

- Cero control de calidad (Poka Yoke)
- Despliegue de la Función de Calidad.
- El método Taguchi
- Cero Defectos (6σ)
- ISO 9000
- 14 puntos y Sistema de Conocimiento profundo (Deming).

En 1946 se instituyó la ASQC (American Society for Quality Control) y su presidente electo, George Edwards, declaró en aquella oportunidad: "... La calidad va a desempeñar un papel cada vez más importante junto a la competencia en el costo y precio de venta, y toda compañía que falle en obtener algún tipo de arreglo para asegurar el control efectivo de la calidad se verá forzada, a fin de cuentas, a verse frente a frente a una clase de competencia de la que no podrá salir triunfante"⁶.

En ese mismo año, Kenichi Koyanagi fundó la JUSE (Union of Japanese Scientists and Engineers) con Ichiro Ishikawa como su primer presidente. Una de las primeras actividades de la JUSE fue formar el Grupo de Investigación del Control de la Calidad (Quality Control Research Group: QCRG) cuyos miembros principales fueron Shigeru Mizuno, Kaoru Ishikawa y Tetsuichi Asaka, quienes desarrollaron y dirigieron el control de la calidad japonés, incluyendo el nacimiento de los círculos de la calidad.

Desde la segunda guerra mundial muchos países han incorporado sistemas de control de calidad, iniciando su aplicación en armamentos militares. Para después introducirlo en la industria de manufactura de productos y servicios. Varios países publicaron sus estándares de control de calidad; La Gran Bretaña publicó "El BS 4891 guía de aseguramiento de calidad en 1972". La OTAN realizó publicaciones de aseguramiento de calidad en *called quality Assurance publication AQAPA*)

En 1968 Australia y Canadá también realizaron publicaciones de estándares todos estos países cubrían las mismas materias pero ligeramente diferentes.

⁶ Idem

La comunidad europea cuenta con una gran diversidad de idiomas, monedas, tecnologías y regulaciones por ello crearon "... La Internacional Organization for Standaring ISO que tendría como función la elaboración de normas que produjeran los mismos resultados en todos los países sin importar sus diferencias. Los trabajos de esta normatividad empezaron en 1979, hasta su publicación en 1987 con las cinco normas sobre el aseguramiento de la calidad ISO 9000".⁷

Así mismo, la Organización Internacional de Normas ISO creada desde hace más de cinco décadas, desde su fundación su propósito fue mejorar la calidad, aumentar la productividad, disminuir los costos e impulsar el comercio internacional. De este organismo surgen la familia de normas ISO 9000, que están integradas por un conjunto de modelos y documentos sobre gestión de calidad. En 1987 se publicaron las normas internacionales actuales sobre aseguramiento de la calidad. Por primera vez, cada una de ellas sirve como un modelo de calidad dirigido a determinada área de la industria, la manufactura o los servicios.

En la actualidad cubren todas las funciones o posibilidades de desempeño, y tienen el objetivo de llevar la calidad o la productividad de los productos o servicios que se oferten. Aunque los antecedentes más remotos de la existencia de la norma ISO 9000 datan de hace más de 50 años, es importante destacar que la aceptación internacional de la normalización ha tenido vigencia, sobre todo, a partir de la década de 1980. La mayoría de los países han adoptado las normas ISO 9000 y han creado un equivalente nacional. En México se denominan normas NMX la cual genera un sistema estándar de calidad que tiene aplicación en cualquier industria sin importar la complejidad o magnitud, lo cual significa que dicha normatividad puede y debe ser aplicada tanto en una tienda comercial muy pequeña como en una industria de software de computadora.

⁷ ISO, Organización Internacional de Estándares, *Normas ISO 9000:2000: IWA-2*, Suiza, 2002.

2.4 ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA CALIDAD

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales, así, en el ámbito de las empresas se habla de calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor coste.

Juran define la calidad como: "... La idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar".⁸

La **American Society for Quality Control** La define como "la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario"⁹.

Para **Ishikawa** el concepto de calidad es muy parecido, y establece que "la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio".¹⁰

⁸ Juran JM. Conceptos básicos. En Manual de Control de Calidad, 2ª ed. Ed. Reverté, Barcelona 1990, cap.2.

⁹ Idem

¹⁰ ISHIKAWA, K., 1993. *Actividades de los Círculos de Calidad. ¿Que es el Control Total de Calidad?*, Colombia: Ed. Norma.

En los manuales de normas ISO (ISO 9004-2) se define la calidad como "... El conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen".¹¹

En 1972 **La IOM** dice que una asistencia médica de calidad "Es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella".

La OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria consiste en: asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

EL DICCIONARIO LAROUSSE (2007) define la calidad como el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa. En esencia, es un concepto evaluativo, porque averiguar la calidad de algo, exige constatar su naturaleza y expresarla en términos que permitan una comparación.

Es observable que el concepto de calidad ha evolucionado continuamente según las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia; no obstante, su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de satisfacción del cliente respecto al mismo.

¹¹ ISO, Organización Internacional de Estándares, *Normas ISO 9000:2000: IWA-2*, Suiza, 2002.

La calidad también ha tenido un largo y difícil proceso de evolución, antes de llegar a convertirse en un concepto cultural.

La calidad es un elemento esencial que sirve para evaluar la eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios de salud; sin embargo para comprender cabalmente su significado, es necesario definirla.

Edwards Deming lo define como el cumplimiento de las expectativas del usuario al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticiparse a otras, adoptando una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, confianza y el trabajo en equipo. La filosofía de la calidad aplicada a los servicios se inició por el Dr. Deming durante el procedimiento del censo de Estados Unidos de América, ahí nace la nueva concepción de calidad de los servicios. Para comprender en qué consiste la calidad de los servicios se hace necesario considerar tres factores básicos; cliente, servicio y proceso.

Joseph M. Juran, eleva la calidad a la categoría de una filosofía administrativa y la describe como un "...proceso sistemático el cual garantiza que las acciones que se llevaran a cabo ocurran tal y como se planearon; es decir, como un medio para asegurar que el proceso salga bien a la primera" así mismo, afirma que es necesario establecer fases administrativas y las divide en: a) planeación; b) control y c) mejora".¹²

¹² Juran, J.M. (2003). *Análisis y Planeación de la calidad*, Editorial Mc. Graw Hill. México.

Kauro Ishikawa, señala que “la calidad tiene que ser construida en cada diseño y en cada proceso, pues el control de calidad constituye una disciplina, la cual combina el conocimiento con la acción. Utiliza siete herramientas estadísticas básicas para evaluarla: 1)diagrama de causa-efecto, 2)histograma, 3)diagrama de pareto, 4) hojas de comprobación o chequeo, 5) graficas de control, 6)diagramas de dispersión y estratificación”.¹³

Avedis Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica.

Acorde con este autor, la calidad en medicina promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población, además, incorpora y resuelve los aspectos, circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales. Para ello requiere de recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva de los mismos y un sistema gerencial que incluye planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad. Uno de los principales resultados del monitoreo es el rediseño del mismo sistema, como consecuencia de la identificación de los factores de perturbación. De esta forma se constituye el ciclo de la calidad Diseño, Monitoreo, Rediseño En tal entorno conceptual, el uso de indicadores como instrumento de evaluación ha demostrado su gran versatilidad y utilidad en el campo de la salud.

¹³ Ishikawa, Kauro. *¿Qué es el Control Total de la Calidad?: Modalidad Japonesa / Kauro Ishikawa*. La Habana: Ed. Ciencias Sociales, 1998.

Donabedian introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hoy en día son los paradigmas dominantes de la evaluación de la calidad en estos servicios. Según su concepto unificador, la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes, entre ellos las conocidas máximas: al menos no dañar, usualmente hacer algún bien e idealmente lograr el mayor beneficio.¹⁴

Donabedian plantea, además, que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones la técnica y la interpersonal. "...La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y a la tecnología médica de una manera que rinda los máximos beneficios para la salud"¹⁵, sin aumentar por ello sus riesgos; por lo tanto, el grado de calidad esta dado por el equilibrio entre riesgo y beneficio.

La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios; esto implica que la calidad interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.

Hay también una tercera dimensión, la de infraestructura, la cual comprende, las características del entorno: condiciones físicas, limpieza, iluminación, ventilación del ambiente.

¹⁴ DONABEDIAN, A., 1984. *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.

¹⁵ DONABEDIAN, A., 1990. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. *Salud Pública de México*, 32:113-117.

En México, el modelo desarrollado por este pensador ha servido para establecer los principios de calidad en salud. Desde hace más de una década se han planteado diversas estrategias institucionales encaminadas a estructurar e implementar programas de calidad. Dichos esfuerzos se consolidaron al inicio de este milenio en el plan nacional de desarrollo, el cual planteo los siguientes objetivos en el ámbito de la salud: mejorar las condiciones de los mexicanos, abatir las desigualdades, garantizar un **trato digno** en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento de estos servicios y fortalecer el sistema de salud, en particular el de las instituciones públicas.

Conviene recordar uno de los conceptos de este autor sobre calidad de la atención médica: "...El grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles"¹⁶, que es complementado, por el mismo autor, con la identificación de los elementos o atributos que incluye esa concepción: equidad, efectividad, eficacia, eficiencia, aceptabilidad y legitimidad.

La calidad de la atención médica ha sido a través del tiempo uno de los temas que generó importantes contribuciones y preocupaciones por parte de investigadores y profesionales. Con el desarrollo del método científico han existido aportes de distinta envergadura, alguno de los cuales provocaron cambios significativos en el comportamiento de los servicios de salud y en la comprensión del concepto de calidad.

¹⁶ Donabedian A.: *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública*, México, 1990.

Por otra parte, la evaluación de la atención médica cuenta con importantes desarrollos, entre ellos los de la evaluación externa, como la acreditación. A través del monitoreo que es una de las herramientas de evaluación que tiene una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para responder a los objetivos fijados. Está considerado como uno de los más importantes instrumentos de gestión y garantía de calidad de una organización.

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

2.5 LA CALIDAD EN EL SERVICIO

La calidad es un afán que ha preocupado siempre a la humanidad, el hombre en su esencia siempre ha buscado mejorar su entorno. La calidad, perfección y la mejora son ideales que han existido en todas las culturas a lo largo de la historia.

En las instituciones de atención médica cuyo objetivo es proporcionar satisfacción de las necesidades y expectativas de salud del paciente, la familia y la comunidad el concepto de calidad en el servicio se entiende como la satisfacción total de las necesidades del cliente mediante la realización de actividades esencialmente intangibles con un valor agregado y el cumplimiento de los requisitos adecuados al producto o en este caso particular al servicio; así las empresas debe fabricar productos que los clientes desean y las instituciones de salud deben proporcionar servicios con los que se sienta satisfecho el cliente.

Los clientes son todas las personas que se benefician de los procesos, servicios y productos de la empresa. Al hacer esta distinción, la filosofía de la calidad en el servicio confiere a todos los trabajadores de la institución una mayor responsabilidad y compromiso para realizar a la perfección su labor y prestar un servicio que satisfaga las necesidades de todos los clientes, pacientes y equipo multidisciplinario. No se puede ni debe olvidarse que independientemente del tipo de institución de que se trate; el fin último para el que la organización ha sido creada es para satisfacer al cliente.

El servicio se entiende como un conjunto de actividades que satisfacen las necesidades del cliente; aquellas actividades intangibles derivadas de las actitudes y de la capacidad interpersonal del prestador del servicio que deben satisfacer no solo las necesidades, sino también los deseos y expectativas, la distinción que se hace entre una empresa de servicios y de productos es cuestionable, ya que la única diferencia radica en la falta de un producto físico.

El proceso es un encadenamiento de actividades que tiene por objeto la obtención de un resultado final definido, realizado por un conjunto organizado de recursos (humanos, metodológicos, materiales y equipo). Estos tres elementos en su conjunto deben reunir características y atributos específicos y tangibles.

La calidad en el servicio es una cultura, una forma de ser, de vivir, de actuar, la calidad existe cuando los miembros de la institución poseen, comparten y ejercen una serie de valores cuyo fin último es la satisfacción de las necesidades del cliente.

Lograr una cultura de calidad en el servicio requiere que en cada persona que integra la organización, se dé un cambio y el desarrollo de una serie de valores y actitudes.

Una actitud lógica en relación con el enfoque orientado al consumidor, es ponerse siempre en el lugar de los demás; esto implica escuchar las opiniones del cliente, actuar en una forma que se resuelvan sus problemas y se satisfagan sus expectativas. La salud se logra mediante la prestación de una gran cantidad de servicios y de la dotación de variados y costosos bienes.

Para quienes tienen la fortuna de acceder a un empleo en los servicios de salud, el punto central es la relación entre las necesidades del usuario y la capacidad técnica e interpersonal del prestador del servicio. Se trata de un proceso en el que el trabajador de una institución de salud tiene la posibilidad de contribuir a que su empresa se fortalezca a través de otorgar atención de calidad.

La orientación al cliente (usuario, paciente, derechohabiente, etc) está basada en un vínculo de coparticipación emocional, que sólo termina cuando el paciente ve satisfechas sus necesidades y expectativas. Es necesario reconocer la dignidad del paciente, tratarlo en su totalidad, respetar su libertad de elección y fomentar su participación.

Sin embargo frecuentemente en la práctica encontramos personas poco dispuestas que parecen tener siempre maneras de resistirse a aceptar los cambios que la calidad implica. Puede ser que el temor a perder el estatus o la necesidad tengan algo que ver con la oferta de servicios deficientes, eligen el camino de la orientación a satisfacer sus propias necesidades como trabajadores y no el de la orientación hacia el usuario como el ser más importante en una organización.

La calidad en el servicio implica un cambio de actitudes y mentalidad, requiere de ejercer valores perdurables y establecer un compromiso para con los pacientes y la sociedad.

La calidad en el servicio requiere de las personas que laboran en la organización; más capacidad, capacitación y dedicación personal. La idoneidad personal es, por tanto un factor imprescindible. Todo el personal debe conocer su función y desempeñarla correctamente para que el cliente no tenga que realizar trámites burocráticos, largas esperas o sufra de una mala atención o despotismo. En la calidad en el servicio el factor más importante son las actitudes del personal para la atención de la salud debe encauzar todo su esfuerzo para lograr la calidad de atención.

Es necesario tener presente que independientemente de los sistemas, los procesos, la tecnología y las instalaciones con las que cuente una organización, lo importante es la calidad, que es definida por el cliente como la satisfacción de sus necesidades y por la atención que se le otorgue.

Los empleados de las instituciones de salud, deben tener habilidades y destrezas para complacer al cliente. La reacción de un cliente a lo que se llama un buen servicio y un mal servicio es inmediata; un cliente descontento puede influir sobre muchas personas, al igual que un cliente satisfecho.

Es importante que el personal que tiene contacto con el cliente, posea la competencia profesional por su presencia, por su trato y por su forma de dirigirse; para que el cliente al evaluarlo, no sólo califique a la persona, sino consecuentemente al servicio y a la imagen de la institución. La calidad surge cuando el usuario siente satisfacción al ser atendido y el trabajador siente satisfacción de otorgar servicios.

2.6 DIMENSIONES DE LA CALIDAD.

Las dimensiones (también denominadas factores, componentes, atributos) de la calidad representan hacia donde hay que mirar para valorar si existe calidad o no. A continuación veremos las dimensiones más habituales, recordando que el sistema de calidad puede funcionar con solo algunas de ellas, dependiendo siempre de lo ofertado.

1. **Calidad científico-técnica.**- Se refiere a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes para abordar los problemas de salud, es decir, para producir salud y satisfacción en los usuarios, ya que incluye tanto los aspectos científico técnico en sentido estricto, como los de trato interpersonal. Esta es la dimensión que mejor se entiende y la más medida como representante de la calidad de los servicios sanitarios

2. **Accesibilidad.**- Es la facilidad con la que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales respecto a los usuarios. Palmer incluye en la accesibilidad otra dimensión, la equidad, que no es otra cosa que la capacidad de ofrecer mayor atención a quién más lo necesita e igual atención a igual necesidad. Así, para este autor, la accesibilidad es la distribución equitativa y oportuna de la atención sanitaria apropiada para aquellos con necesidades equivalentes.

Otro aspecto importante referente a la accesibilidad, una vez conseguido el contacto con el sistema sanitario por parte del usuario, es la accesibilidad interna, que englobaría los tiempos de espera, tiempos de respuesta, descoordinaciones, etc., es decir, todo lo que impide la fluidez normal de un proceso asistencial visto en su totalidad, incluyendo la necesaria coordinación entre niveles asistenciales.

3. **Efectividad, Eficiencia y Eficacia.**- Son tres dimensiones básicas en un sistema de calidad asistencial, especialmente en los dedicados a urgencias y emergencias. Se entiende por **efectividad** la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe, o dicho de otra forma, el grado en que la asistencia médica al paciente se presta de manera correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado deseado por el paciente.

4. **Satisfacción.**- La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

5. **Adecuación.**- Es la medida en que la atención médica corresponde con las necesidades del paciente, o la relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.

6. **Continuidad.**- Es la medida en que la atención necesaria se provee de forma ininterrumpida y coordinada, la continuidad es el tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado dentro de la dimensión científico-técnica de la calidad asistencial.

Según Donabedian, los pilares o principios de la calidad en salud, son:

1. **Eficacia:** Capacidad para asumir la forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud
2. **Efectividad:** Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe
3. **Eficiencia:** Capacidad de obtener la mayor mejoría, en las condiciones de salud, al menor costo posible
4. **Optimización:** La más favorable relación entre costo y beneficios
5. **Aceptabilidad:** Conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado
6. **Legitimidad:** Conformidad con preferencias sociales, en relación a todo lo anteriormente mencionado
7. **Equidad:** Igualdad en la distribución del cuidado y de sus efectos sobre la salud

2.7 LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad total es una estrategia de gestión de toda la organización a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los propietarios y de la sociedad en general por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que se dispone: personas, materiales, tecnología y sistemas productivos.

Los servicios sanitarios son de calidad cuando carecen de deficiencia y satisfacen las necesidades del usuario interno y externo. Una asistencia sanitaria de calidad es la aplicación correcta, en la asistencia de los pacientes, de los principios esenciales de las ciencias médicas, al mismo tiempo que se equiparan los riesgos inherentes a cada actividad asistencial realizada a los beneficios que se esperan de ella.

"Al hablar específicamente de calidad en los centros asistenciales o sanitarios, debemos esperar que se alcance una calidad integral, en la cual se encuentra involucrada la calidad intrínseca, que se refiere a los procesos diagnósticos, o terapéuticos al profesionalismo y/o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible para ello y la calidad percibida, valorada fundamentalmente por los usuarios y que es determinada por condicionantes de la satisfacción del usuario, como son: equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad".¹⁷

1. **Equidad**, es la atención igualitaria con las mismas oportunidades de recibir asistencia.
2. **Fiabilidad**, significa que se lleve a cabo de manera fiel e íntegra la atención que se otorga, sin fallas, errores o demoras que pueden desvalorizar internamente a todos los profesionales o algunos profesionales que intervienen en su atención.
3. **Efectividad**, en la resolución de su problema de salud
4. **Buen trato**, percibido a lo largo del contacto que ha mantenido el usuario con todo el personal sanitario.
5. **Respeto** hacia las características personales de todos y cada uno de ellos.
6. **Información**, que sea completa, verídica y que le permita un conocimiento del entorno en el que se encuentra, derechos y deberes que le asisten durante su atención. También se relaciona con la información que le permite tomar decisiones respecto a los cuidados que van a recibir o alternativas clínicas sobre su tratamiento.

¹⁷ Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Ediciones Díaz de Santos, S.A. España 1994: 6.

7. **Continuidad** en el seguimiento del proceso del cuidado con apertura de canales de comunicación.

8. **Confortabilidad**, relacionada al grado de confort y seguridad del entorno que se le ha ofrecido a lo largo de su estancia en el hospital o del servicio recibido.

2.8 IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Para que la división de la calidad asistencial en sus dimensiones tenga sentido para muchos puntos de vista, cada dimensión debe reflejar valores que cuenten con un amplio respaldo social. A estos valores respaldados socialmente y respetados por todos se les denomina **principios**. Pues bien, una atención sanitaria de calidad implica tener en cuenta cuatro principios básicos:

2.8.1 PRINCIPIOS DE CALIDAD

1. **Beneficencia**.- Significa que hay que ser efectivos y se mide por la efectividad de la atención prestada.

2. **No maleficencia**.- Significa que hay que evitar riesgos. Se mide por la calidad científico técnica.

3. **Autonomía**.- Consiste en que una atención de calidad tiene que respetar en la medida de lo posible las preferencias del paciente, haciéndolo partícipe de las decisiones que le atañen.

Este principio está muy relacionado con la información que recibe el paciente y la relación paciente-profesional, sin olvidar las cuestiones relativas al confort (todas ellas relacionadas con la satisfacción).

4. **Justicia**.- La atención de calidad debe ser equitativa, dando más al que más necesite, sin discriminar a nadie por sus características personales o por las de su enfermedad. La justicia se mide por la accesibilidad y equidad, especialmente si se focaliza en los grupos más vulnerables que son los que más necesidad tienen.

2.9 METODOLOGIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la practica considerada correcta. Este concepto constituye un **criterio**, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un **estándar**. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema.

Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos.

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

En la calidad asistencial el estándar constituye el componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es o no aceptable; asimismo proporciona un marco para la ejecución de cuidados de alta calidad e incrementan la responsabilidad del profesional ante el paciente mediante la articulación, el apoyo y la protección de los derechos de los enfermos, y finalmente, refleja el grado de excelencia en el ejercicio de una profesión.

2.10 DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE CUMPLIMIENTO

"Se determinan estos rangos de cumplimiento en relación con la calidad tomando como fundamento los propuestos por la Gerencia Nacional de Calidad de los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia y la fundación Donabedian"¹⁸

Nivel de excelencia. Se asigna al desempeño global superior en donde el personal realiza de manera secuencial todo el proceso y alcanza un estándar de calidad entre el 91 y el 100%.

Nivel de cumplimiento significativo. Es el que resulta aceptable, dado que el personal cumple con la mayoría de los requisitos del proceso y alcanza un estándar de calidad entre el 85 y el 90%.

Nivel de cumplimiento parcial. Indica que el personal cumple con algunos de los requisitos del proceso y alcanza un estándar de calidad entre el 75 y el 84%.

Nivel de cumplimiento mínimo. Se asigna cuando el personal cumple con pocos de los requisitos de proceso y el estándar de calidad se ubica entre el 70 y 74%.

Nivel de no cumplimiento. Indica que el personal no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso y su estándar de calidad se encuentra por debajo del 70%

¹⁸ Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations (1995): Manual de acreditación para hospitales 1996, Fundación Avedis Donabedian. SG Editores SA. Barcelona.

2.11 INDICADORES

"Los indicadores son instrumentos esenciales para medir la calidad, en general se definen como elementos que se usan para medir fenómenos específicos, y que al ser aplicados muestran la tendencia y/o la desviación de una actividad (sujeta a influencias internas y externas) con respecto a una unidad de medida convencional".¹⁹

Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar una actividad o calidad de la misma

A cada indicador hay que asociarle un **estándar** o grado de cumplimiento exigible para que sirva de guía en el control y valoración de la actividad que se quiere medir. En materia de salud constituyen parámetros que sirven como referencia para evaluar si la calidad de la asistencia corresponde a una práctica profesional aceptable.

Los atributos que deben poseer un indicador para evaluar la asistencia sanitaria son: validez, sensibilidad, especificidad, confiabilidad o comparabilidad en el tiempo y en el espacio, así como sencillez de su proceso de cálculo.

Se llama validez al grado de congruencia lógica entre lo que se requiere medir y el método de medición que se emplea; la sensibilidad alude a la capacidad del indicador para identificar todos los casos positivos; la especificidad se refiere a la capacidad para discriminar los casos negativos.

¹⁹ **Juran JM.** Conceptos básicos. En Manual de de Control Calidad, 2ª ed. Ed. Reverté, Barcelona 1990, cap.2.

La confiabilidad o comparabilidad atañe a la posibilidad de reproducir en repetidas ocasiones la misma observación o resultado, y la sencillez de cálculo indica la factibilidad de aplicación del indicador y la interpretación de los resultados. Además de la definición de indicadores se debe establecer las normas o estándares de calidad, que sirven para medir o calificar la capacidad, determinar la cantidad, el alcance, el valor o la calidad de algo, generalmente aceptado o utilizado.

La organización del servicio de un hospital comprende una amplia gama de actividades que son difíciles de enmarcar en parámetros codificables para medir la calidad. Por esta razón, se han seleccionado indicadores que representan a muchas de estas actividades.

2.1 INDICADOR TIEMPO DE ESPERA

Este indicador expresa el tiempo transcurrido entre el momento en que el usuario solicita atención en urgencias y el momento en que se inicia efectivamente la consulta.

El estándar es de 15 minutos como máximo en hospitales de área urbana y rural.

2.2 TRATO DIGNO.

El Trato Digno es una dimensión de la calidad de la atención y se define en la Cruzada como:

- Respeto a los Derechos Humanos y a las características de la persona
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien sea responsable de él o de ella
- Interés manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos
- Amabilidad

El conjunto de indicadores que conforman este índice miden el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica, en servicios de urgencias de hospitales de segundo nivel en áreas urbanas y rurales.

Las personas que buscan atención médica no son sólo pacientes, son individuos en pleno ejercicio de sus derechos. El término de trato digno hace referencia al derecho que tienen las personas a ser tratadas con respeto, interés y cortesía por parte del personal de salud. La importancia que la población atribuye al trato digno en los servicios de salud es alta. Una de las solicitudes más constantes entre los pacientes es la de “humanizar” la atención médica.

El maltrato de pacientes y familiares por razones económicas o por consideraciones de género, clase social, raza o nacionalidad debe ser evitado en cualquier ámbito del sistema de salud. Así como el tipo de padecimiento no debe condicionar la forma en que se trata a los usuarios.

De hecho "... el trato respetuoso tendría que ser enfatizado en padecimientos que por su propia naturaleza han sido estigmatizados por la sociedad, generando discriminación y aislamiento. Un aspecto adicional que debe ser tomado en cuenta es el de la privacidad. Los exámenes físicos, los procedimientos terapéuticos y la atención del parto, entre otros, deben tomar en cuenta las preocupaciones y expectativas de las personas relacionadas con el respeto a su intimidad".²⁰

²⁰ Salud: México 2002

2.3 LA COMUNICACIÓN

"La cantidad y calidad de la información que se intercambia entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud es uno de los insumos básicos de toda acción de salud".²¹

En el ámbito de los servicios personales "...la información que se le proporciona al paciente es en sí misma un resultado de la intervención, ya que disminuye la incertidumbre y el temor inherentes a la enfermedad, y le proporciona al paciente elementos para contender con la situación que enfrenta".²²

Cuando el personal de salud le proporciona al paciente información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, se abre la posibilidad de que el paciente participe en la toma de decisiones relacionadas con su problema de salud.

En estas circunstancias es muy probable que el paciente concluya que él también es responsable de su curación y no un simple sujeto de la atención. Diversos estudios internacionales han demostrado que la comunicación es uno de los dominios del trato adecuado que más se relacionan con los derechos humanos básicos.

²¹ idem

²² Idem

2.4 LA ATENCIÓN PRONTA

La atención pronta se refiere al tiempo y factores que median entre el inicio de la búsqueda de atención y la interacción con el prestador de servicios. Incluye el componente de accesibilidad a los servicios de salud en cualquiera de sus modalidades (geográfica, cultural y económica).

La disponibilidad de unidades de atención y un acceso conveniente para los usuarios, asociados a tiempos de espera razonables, contribuyen al bienestar de las personas mediante la percepción de seguridad y reducción del estrés. Este dominio se mide en tiempos de traslado y espera para recibir atención, tanto en el servicio de urgencias.

La rapidez en la atención a la salud es un determinante básico de la percepción que el usuario tiene de la calidad de los servicios que ofrece un sistema de salud.

El retraso en la atención médica produce molestias en el usuario y puede agravar la condición de salud cuando se trata de una urgencia médica "... Se considera que la atención es suficientemente pronta cuando los tiempos de traslado y espera no provocan molestias adicionales a los usuarios de los servicios de salud más allá de los que ha provocado la enfermedad".²³

²³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

2.13 SERVICIOS DE URGENCIAS.

"Es una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes ó no, donde los pacientes se presentan solos ó mediante referencia".²⁴

Los cuidados deben ser con un alto estándar de calidad y donde la comunidad percibe la necesidad de atención aguda o urgente, incluyendo la admisión hospitalaria, para proporcionar esta atención la sala de urgencias debe ser organizada y administrada por personal que idealmente conozca de las urgencias específicas de ese servicio, además de contar con conocimientos de administración. Las características indispensables para el funcionamiento de este servicio incluyen:

2.13.1 ORGANIZACIÓN

"Este servicio debe de contar con: Área de recepción, triage -valoración inicial- y sala de observación. Además deberá de ser capaz de proveer ó arreglar los cuidados posteriores de los pacientes atendidos más allá de la fase de urgencias, (ingreso a piso) dependiendo de la infraestructura hospitalaria".²⁵ Si el rango de atención es limitado el servicio de urgencias pediatría, ginecología, etc.) deberán de ser informados, los servicios prehospitalarios, diseñando políticas hospitalarias para la adecuada atención y referencia de cada paciente.

²⁴ Definición de certificación Real Academia Española de la Lengua. acceso Nov 3, 2005.

²⁵ Villatoro MA. Definiciones útiles en medicina de urgencia. Acceso dic 20 2005.

Estructura: Siempre será parte del hospital, al mismo tiempo debe contar con licencia de la autoridad territorial responsable. Deberá ser diseñado con el propósito de atender urgencias y estará obligado a tener un área con la capacidad de soporte de vida avanzado incluyendo ventilación mecánica, donde se hará la recepción y estabilización de pacientes críticamente inestable. Además de un área de descontaminación de pacientes. Deberá tener el apoyo las 24 hrs. de los servicios de: Laboratorio, imagenología, patología y del servicio de microbiología por lo menos 6 días por semana en turno de 12 hrs.

Otros procesos: El servicio de urgencias se comprometerá a tener programas de mejora continua de la calidad y de indicadores de eficiencia, incluyendo estadísticas de morbilidad, mortalidad. Además en los hospitales con residencia en urgencias a tener intercambio de información y rotaciones con otras sedes de residencia en urgencias. Este servicio se obliga a proveer la recepción y manejo de pacientes que hayan sufrido un desastre, además del diseño y participación del plan de atención a desastres de la región donde se localiza.

Personal de enfermería: "... El servicio contara con una estructura de enfermeras de manera permanente, con una jefa de enfermeras, con la curricula y experiencia necesarias para la organización y operación del servicio, el personal deberá de estar disponible las 24 hrs. del día e idealmente con capacitación en urgencias medicas." ²⁶

Personal Medico: Es un equipo que deberá de tener un jefe de urgencias que sea urgenciólogo y en el caso de un hospital con residencia en urgencias con un director médico de urgencias, que se comprometerá de estar disponible vía telefónica las 24 hrs.

²⁶ Idem

Rol del servicio: La función del servicio deberá de informarse y tomar un lugar apropiado, en las actividades del paciente, la comunidad, además de la región, informando los límites de la atención, mismas que no pueden ser cumplidas por el hospital. Por lo tanto este departamento tiene influencia significativa sobre la imagen pública del hospital.

2.13.2 TRIAGE.

El termino proviene del francés “to sort” clasificar, este concepto de fue utilizado de manera inicial en las guerras napoleónicas, el método se utilizaba cuando había muchos lesionados y los recursos eran limitados. La prioridad es para los pacientes con mayores en las condiciones más urgentes. Los servicios de urgencias utilizan el triage de manera diaria para valorar los recursos de los servicios y la atención de dichos pacientes.

2.14 LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001- 2006 fue el primer programa Nacional que promovió el **Trato Digno** y adecuado para los enfermos y sus familiares, en todas las instituciones de salud.

La Cruzada incluyó procesos permanentes de mejora del desempeño y de transparencia. Colocó a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional, en beneficio de la población.

Esta Cruzada surgió como respuesta al compromiso de campaña del Presidente Vicente Fox Quesada, que acorde con la demanda de la sociedad, buscó ofrecer a la población servicios de la más alta calidad. El servicio y la honestidad en el manejo de los recursos fueron valores fundamentales que motivaron la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud. Honestidad y vocación de servicio fueron la constante de todas y cada una de las acciones.

En materia de salud, el compromiso del gobierno Federal incluyó dos grandes acciones concretas. Por un lado, ofrecer un trato digno tanto a los usuarios de los servicios de salud, como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno que ofreció la Cruzada a los usuarios se reflejó en:

- Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan.
- Amabilidad por parte de los prestadores de servicio.

2.15 SICALIDAD

"El programa denominado Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) es un programa nuevo de carácter Nacional que propone la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud. El programa tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar directamente en las condiciones en las que los usuarios del sistema nacional de salud reciben atención. En este sentido el programa busca la articulación interinstitucional con el ISSSTE, IMSS, servicios de salud de PEMEX, SEDENA y MARINA. »²⁷

²⁷ Boletines SICALIDAD. (Marzo - Septiembre de 2007)

SICALIDAD tiene como marco legal el artículo 25 del Decreto de Presupuesto de la Federación 2007, sustituye al programa anterior de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) y por tanto está sujeto a Reglas de Operación que deberán ser publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

SICALIDAD busca como objetivo último consolidar el tema de calidad dentro de las instituciones públicas de salud, para ello se ha propuesto situarlo en la agenda de las políticas públicas del país e impulsarla desde ese terreno para situarla como una prioridad en el sistema nacional de salud, lo cual será posible si se logra establecer una cultura de calidad en el personal de salud. Para lograr este objetivo las entidades federativas juegan un papel fundamental y debido a ello SICALIDAD propone que si bien el eje rector debe venir del nivel federal, también promoverán la participación libre de los estados generando una autonomía en la gestión de estrategias propias que contribuyan al objetivo del programa.

Dentro de los componentes que destacan se encuentra la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el **monitoreo de la satisfacción de los usuarios** a través de los **Avales Ciudadanos**; la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente.

SICALIDAD definió sus objetivos generales de trabajo: "... Mejorar las condiciones de salud de la población promoviendo servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, situando la *calidad* en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud"²⁸

²⁸ Programa Nacional de Salud (2007 – 2012)

El programa hará énfasis en tres aspectos que se consideran alternativas de solución para los problemas identificados:

- a) Contribuir a la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente.
- b) contribuir a la mejora de la Calidad percibida por los usuarios.
- c) contribuir a la mejora de la Calidad en la gestión de los servicios de salud.

Para plantear las estrategias de SICALIDAD se retoma la reunión de la 27^a reunión de la OPS-OMS en donde se señala la importancia de que la calidad debe hacer parte de las políticas públicas. En la consecución del objetivo existen tres actores clave: las instituciones de salud, los usuarios y el personal de salud.

SICALIDAD tiene como propósito fundamental contribuir al Programa Nacional de Desarrollo en el punto de *brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente*. Para lograrlo se propone contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud para impactar positivamente en el servicio que reciben los usuarios.

El propósito plantea explícitamente la implementación del Sistema Integral de Calidad en Salud en todo el Sistema Nacional a través de tres componentes de calidad: calidad técnica, calidad percibida y calidad en las organizaciones de salud, buscando con estos planteamientos contribuir a una gestión más eficiente de los servicios de salud.

“En el objetivo cinco del Plan Nacional de Desarrollo se plantea brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Mientras que en la estrategia 5.1 del mismo Plan, se expone el propósito de Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica”²⁹.

²⁹ Idem.

Este objetivo está asociado a las atribuciones que el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. (DOF 29-11-2007) Capítulo X De las Unidades Administrativas, Artículo 18 en el párrafo II, otorga estas atribuciones para “Establecer lineamientos o instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad de los servicios de atención médica y de asistencia social, así como promover y supervisar su cumplimiento”.³⁰

Responde también a lo señalado en el Programa Nacional de Salud 2007- 2012 en el cual se menciona como uno de los objetivos la reducción de efectos adversos en los pacientes mediante la medición de indicadores de medicina basada en la evidencia y la mejora en la calidad de los servicios de salud. En este sentido la importancia de SICALIDAD radica en dirigir a nivel nacional las estrategias de implantación de modelos de calidad en los servicios de salud, para contribuir al impacto de la calidad técnica y percibida por la población usuaria de estos servicios.

2.15.1 Líneas de acción SICALIDAD

1. Calidad percibida por los usuarios

1.1. Construir ciudadanía en salud: Aval ciudadano.

1.2. Medición de la satisfacción de usuarios: calidad percibida y entrega de medicamentos.

1.3. Percepción de los profesionales de la salud. Caminando con los trabajadores de la salud.

2. Calidad técnica y seguridad del paciente

2.1. Prevención y reducción de la infección nosocomial (PREREIN).

2.2. Expediente clínico integrado y de calidad (ECIC).

2.3. Prevención de muerte materna.

³⁰ idem

2.4. Seguridad del paciente.

2.5. Alternativas a la hospitalización: Cirugía de Día, Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos.

2.6. Uso racional de medicamentos (URM).

2.7. Calidad en la atención de urgencias (SUMAR)

2.8. Medicina basada en la evidencia y plan de cuidados de enfermería.

3. Calidad en la gestión de los servicios de salud: Institucionalización de la calidad

3.1. *INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores en Salud.*

3.2. Comité Nacional por la Calidad en Salud.

3.3. Comités Estatales de Calidad.

3.4. Creación y fortalecimiento de los Comités de Calidad en Hospitales y Atención Primaria.

3.5. Acreditación y garantía de calidad.

3.6. Componente de calidad en Convenios de Gestión del SPSS.

3.7. Foro y reuniones nacionales de SICALIDAD.

3.8. Red SICALIDAD: Boletín.

3.9. Modelo de gestión para la calidad total.

2.16 SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE SALUD (INDICAS).

Es una de las estrategias que se contemplan en el programa de Si CALIDAD nace junto con el programa para una monitorización y evaluación continua del mismo. A través del monitoreo de indicadores se propone generar mayor eficiencia en las diversas actividades que se realizan en las instituciones públicas que proporcionan atención a la salud. Los componentes planteados involucran a todo el Sistema Nacional de Salud y considera a los usuarios de los servicios un actor fundamental al que se debe consultar periódicamente. Se le toma en consideración para las decisiones relacionadas con la calidad de los servicios y esto es un aspecto fundamental para seguir con la promoción de la participación ciudadana, ya que en el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, también se señala la importancia de fomentarla como uno de los derechos de la ciudadanía en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud, para su monitoreo y medición.

Los indicadores se han realizado según las especificaciones de la CONEVAL, se han desagregado en indicadores de Eficacia, de Calidad y de Economía, para cada uno de ellos existe una fórmula de cálculo en donde se señala cómo se logrará medir el indicador, está también especificada la temporalidad de la medición del indicador.

Para todos los indicadores se proponen medios de verificación coherentes y de fácil acceso, ya que se trata de encuestas nacionales que están disponibles electrónicamente así como del sistema INDICAS que se monitorea en la Secretaría de Salud como parte de la vigilancia y monitoreo de la Dirección General de Calidad.

Como medios de verificación también se menciona al Programa de supervisión de Calidad Técnica, a los registros del sistema de protección social en salud, a los informes de resultados de la DGCES, las Actas de los Comités Estatales de Calidad, los Estados de Conciliación presupuestal de la DGPOP, las Actas de instalación y seguimiento de Acuerdos, los Reportes de las unidades participantes, el informe anual de indicadores de calidad en acuerdos de gestión, entre otros. Todos estos servirán como fuentes de información que se utilizarán para verificar que los objetivos se logren tal como lo señala la CONEVAL.

2.17 AVAL CIUDADANO

Aval Ciudadano es un mecanismo del sector salud que faculta a grupos y organizaciones civiles a visitar unidades de salud para avalar las acciones que buscan mejorar el trato y la calidad en los servicios de salud.

El Aval Ciudadano son grupos y organizaciones civiles, con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, que las unidades hospitalarias facultan para visitar los servicios de salud que prestan, con el propósito de avalar las acciones a favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo y garantizar que los informes emitidos por las instituciones estén apegados a la realidad.

La participación ciudadana en las actividades de servicios de salud es un excelente mecanismo o espacio para que la Institución pueda conocer con profundidad la problemática, las limitaciones y propuestas ciudadanas que le permitirá elevar la calidad y calidez del servicio de urgencias.

Así mismo es un foro claro y transparente para la rendición de cuentas de las actividades emprendidas, dando a conocer la problemática Institucional y las acciones relevantes que han beneficiado a los ciudadanos atendidos.

El Aval ciudadano es un primer paso para identificar oportunidades de mejora de servicio de urgencias. Es un instrumento para promover la participación de los ciudadanos en el proceso de cambio para mejorar los servicios de salud y la calidad de éstos.

De este modo, las organizaciones garantizan que los resultados en estas materias dados a conocer por las autoridades de salud, son verídicos.

2.17.1 METODOLOGÍA

El método para avalar los resultados de mejora se denomina Monitoreo Ciudadano de Trato Digno y se aplica en unidades médicas donde se monitorean mediante encuestas, los indicadores de satisfacción por el trato recibido.

Para que una institución cuente con el aval ciudadano, las mediciones de la institución y las del Aval Ciudadano no deben tener diferencias iguales o mayores al 20%. Para ser avalada.

El tamaño de la muestra a encuestar es definido por la institución de salud. El monitoreo ciudadano permite avalar el trato digno, impulsa la participación, de la ciudadanía para tomar decisiones en la mejora, y facilita el diálogo con el personal de los servicios de salud.

Es una forma de garantizar el acceso a la información relacionada con los servicios de salud públicos.

El aval ciudadano permite a la Institución conocer los logros concretos de los servicios de salud y las áreas que se deben reforzar, con el propósito de asegurar que los ciudadanos reciban la atención adecuada.

2.17.2 MANEJO DE LOS FORMATOS Y DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA.

Para facilitar la tarea del aval ciudadano, se han desarrollado varios instrumentos que facilitan la recolección y el procesamiento de la información sobre trato digno.

Estos formatos son: la guía de cotejo para el monitoreo ciudadano (formato F2-AC/03) recolección de datos para indicadores de trato digno (formato F1- TD / 02), concentración de datos (formato F2- TD 02), concentración de datos (formato F2-TD/o2), índice de integridad. Limpieza y comodidad (formato F3- VI- AC/04), y el formato de la carta compromiso (formato FCC-AC05), cada uno de ellos cuenta con un instructivo que facilita el llenado.

Generalmente, durante el curso de capacitación inicial al aval ciudadano, cada persona recibe una amplia explicación sobre el manejo de estos formatos, y se realiza una práctica en los centros de salud y hospitales que permite reforzar el uso correcto de los mismos. Además, se cuenta con varios documentos a través de los cuales es posible retroalimentar y aclarar dudas que surjan durante las actividades del aval ciudadano.

En la semana posterior al levantamiento de la información y firma de la carta compromiso, se deberá enviar copia de todos documentos al líder de calidad de la jurisdicción sanitaria.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente.

- Calidad de la atención medica

Variable dependiente.

- Insatisfacción de los usuarios

3.2 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

Criterio de inclusión:

- Usuario que asiste al servicio de urgencias paciente y/o familiar.
- Que haya recibido atención médica en el servicio de urgencias.
- Género masculino y femenino
- Mayor de 18 años

Criterio de exclusión:

- Que hayan sido referidos a la consulta externa.
- Pacientes incapacitados con problema de comunicación.

Criterio de eliminación:

- Paciente que ingrese a hospitalización - urgencias.
- Pacientes intubados y en estado de coma.
- Pacientes en estado de choque.
- Pacientes pediátricos.

El tamaño de la muestra es de 360

DEFINICIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para definir el número de usuarios a encuestar, ya sea en hospitales urbanos o rurales, considerar el número de consultas otorgadas en urgencias durante el bimestre anterior. Identificar en las tablas correspondientes la cuota de cuestionarios que se deben aplicar de acuerdo con el intervalo de consultas señalado. Ejemplo: Si en un hospital urbano en el bimestre anterior se dieron 250 consultas médicas en urgencias, según las estadísticas del hospital.

Paso 1. Identificar en la tabla correspondiente al Área Urbana en la primera columna de la tabla muestral, de acuerdo con el número de consultas, el intervalo correspondiente

Paso 2. Ubicar en la columna siguiente de la tabla el número de usuarios a entrevistar.

A continuación se presentan las Tabla Muestral de referencia para hospitales de áreas urbana:

Tabla Muestral para los Indicadores de Trato Digno en área urbana							
Consultas en Urgencias por bimestre	Tamaño de muestra por bimestre	241-250	89	441-460	106	701-710	115
		251-260	90	461-480	107	711-750	116
		271-280	92	481-490	108	751-800	117
		281-290	95	491-500	109	801-840	118
		291-300	96	501-510	109	841-900	119
100-110	61	301-310	96	511-520	109	901-960	120
111-120	64	311-320	96	531-540	110	961-1020	121
121-130	67	321-330	97	541-550	110	1021-1101	122
131-140	70	331-340	98	551-600	111	1101-1190	123
141-150	72	341-350	99	551-600	111	1191-1290	124
151-160	74	351-360	100	601-610	111	1291-1410	125
161-170	76	361-370	101	611-620	111	1411-1550	126
171-180	78	371-380	101	621-630	112	1551-1720	127
181-190	80	381-390	102	631-640	113	1721-1920	128
191-200	82	391-400	103	641-650	113	1921-2170	129
201-210	83	401-410	103	651-660	114	2171-2500	130
211-220	85	411-420	104	661-670	114	2501-2930	131
221-230	86	421-430	104	681-690	115	2931-3530	132
231-240	88	431-440	105	691-700	115	3531-4420	133

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Definición para esta investigación
Indicador	Elementos que se usan para medir fenómenos específicos, y que al ser aplicados muestran la tendencia y/o la desviación de una actividad con respecto a una unidad de medida convencional.	Se define como indicador de calidad a la expresión numérica de un determinado atributo del servicio de salud, previamente definido en términos que facilitan su medición.
Nivel de cumplimiento de indicadores.	Se asigna al desempeño global superior en donde el personal realiza de manera secuencial todo el proceso y alcanza un estándar de calidad.	Para esta investigación se retoman los niveles de cumplimiento que marca el Sistema integral de Indicadores en Salud.(INDICAS) Nivel de cumplimiento según INDICA - Oportunidad en la atención 85% - Comunicación con el médico 85% - Trato recibido del personal de la unidad médica 90%
Trato Digno	Merecedor de algo, correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo. Diccionario de la Real Academia Española	Para esta investigación Trato digno es atención efectiva, oportuna, eficiente, etc. Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de salud durante su estancia hospitalaria.

Variable	Definición	Definición para esta investigación
<p>Indicadores de trato Digno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad en la atención. 85% • Comunicación con el médico. 85% • Trato recibido del personal de la unidad médica 90% 	<p>Tiempo de espera es el promedio de los minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita atención y el momento que inicia la atención por el médico.</p> <p>Estándar: < 15 minutos en unidad urbana</p> <p>Satisfacción con la comunicación médico-paciente, explicación sobre el diagnóstico, tratamiento y sobre cuidados a seguir relacionados con la situación de salud del paciente que la información sea clara</p> <p>Estándar: >85%</p> <p>Grado de satisfacción que manifiestan los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes), por el trato recibido en la unidad médica.</p> <p>Estándar: > 90%</p>

3.4 METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y observacional.

Descriptivo.- Estudio que solo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

Prospectivo.- Estudio en el que toda la información se recogerá, de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de esta.

Longitudinal.- Es un estudio que se mide en varias ocasiones la o las variables involucradas implica el seguimiento, para estudiar la evolución de las unidades en el tiempo.

Observacional.- Estudio en el cual el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

Tipo encuesta descriptiva. En el cual participaron 428 usuarios que acudieron al servicio de Urgencias en el Hospital Juárez de México.

La encuesta fue de manera aleatoria esto es cuando se selecciona al azar y cada miembro tiene oportunidad de ser incluido, la encuesta se aplicó al momento de salir de la consulta utilizando el formato de recolección de datos. El número de encuestas a realizar fue establecido por la institución.

Los instrumentos que se utilizaron fueron los que maneja el sistema integral de calidad como son:

- Recolección de datos para indicadores de trato digno (formato F1- TD / 02)
Su objetivo es: Medir el grado de satisfacción de los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) por el tiempo de espera transcurrido entre el momento en que se solicitó la atención y el momento en que inició la atención de urgencias, expresado en porcentaje respecto al total de usuarios entrevistados.
- La guía de cotejo para el monitoreo ciudadano (formato F2-AC/03) en este formato se registran opiniones de usuarios de lo que si les gusta y lo que no les agrada del servicio recibido y proporcionan alternativas de cambio.
- Concentración de datos (formato F2- TD 02) en este formato se concentra toda la información obtenida y se sacan porcentajes
- Índice de integridad. Limpieza y comodidad (formato F3- VI- AC/04) en este formato se mide el índice de limpieza y comodidad para los usuarios
- Formato de la carta compromiso (formato FCC-AC05) esta es para dar seguimiento a los compromisos establecidos por la unidad.

Recolección de datos:

La primera medición se realizó durante los días 29 y 30 de septiembre, la segunda el 24 y 25 de noviembre del 2008, y la tercera medición el 10 y 11 de marzo del año en curso.

El cuestionario se aplicó a usuarios (paciente o familiar) que en la fecha de recolección de datos fueron atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Juárez de México.

CAPITULO IV RESULTADOS Y ANALISIS

Resultado del monitoreo de indicadores de trato digno.

CUADRO # 1

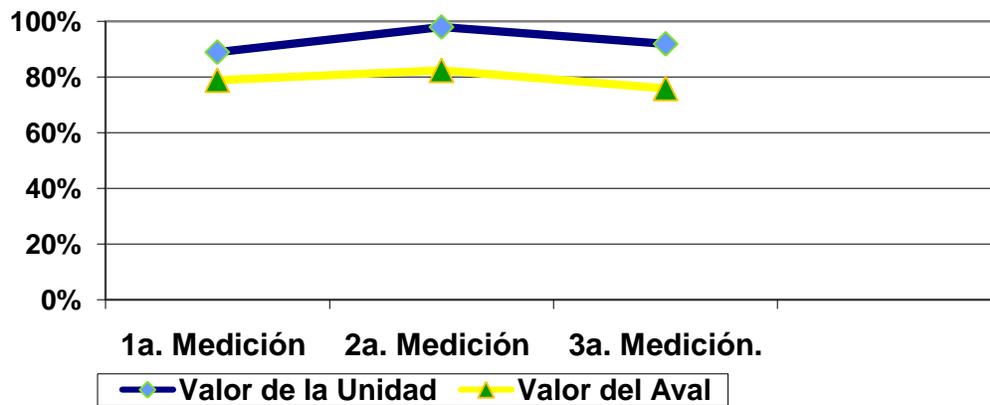
INDICADOR No.9 TIEMPO DE ESPERA

No de mediciones	Unidad	Aval	Compromiso Institucional	Diferencia de percepción
1ª	88.9%	78.89%	85%	10.01%
2ª	97.97%	82.45%	85%	15.52%
3ª	91.86%	75.86%	85%	16.00%

Fuente: Datos obtenidos a través de la guía de cotejo para el monitoreo ciudadano formato F1TD/02 F2AC/03 durante los meses de septiembre, noviembre del 2008 y marzo del 2009. En el Hospital Juárez de México

GRAFICA # 1

INDICADOR No.9 TIEMPO DE ESPERA



Fuente: Ídem

Este indicador no alcanzado el estándar según INDICAS se encuentra por abajo del 85%. En el valor del aval, en la primera medición hay una diferencia de percepción de 10.01%, en la segunda un 15.52%, y en la tercera un 16.01%. Por lo que se detectan áreas de oportunidad como disminuir el tiempo de espera para recibir atención y agilizar el enlace de turno.

CUADRO # 2

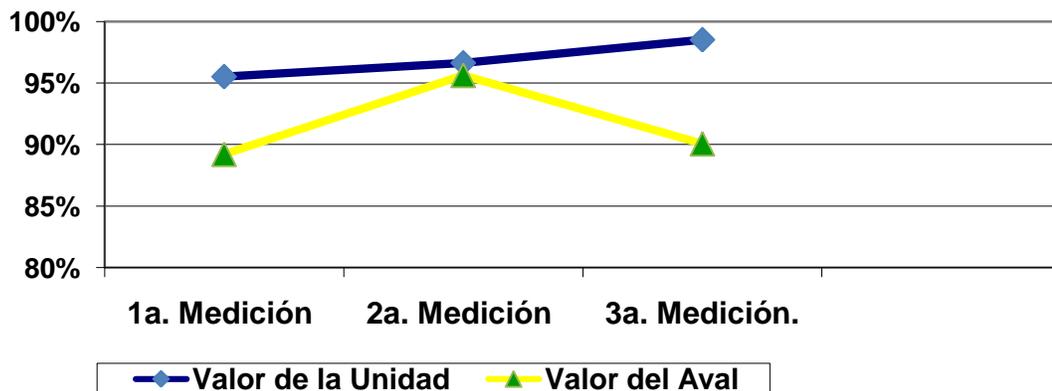
INDICADOR No. 10 ¿EL MÉDICO LE PERMITIÓ HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD?

No de mediciones	Unidad	Aval	Compromiso Institucional	Diferencia de percepción
1ª	95.52%	89.21%	85%	6.31%
2ª	96.62%	95.61%	85%	1.01%
3ª	98.52%	90.06%	85%	8.46%

Fuente: Idem

GRAFICA # 2

INDICADOR No. 10 ¿EL MÉDICO LE PERMITIÓ HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD?



Fuente: Idem

En este indicador no hay mayor problema el cumplimiento es **significativo**. Es decir mayor al 85% por lo que se encuentra dentro del estándar de INDICAS. En la tercera medición presenta una diferencia de percepción de un 8.46% entre el valor de la unidad y el aval.

CUADRO # 3

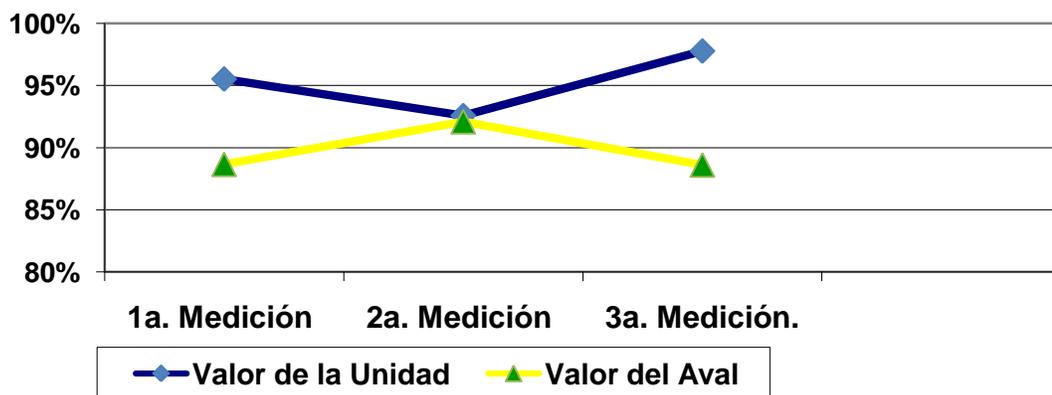
INDICADOR No. 11 DIAGNÓSTICO DE SALUD.

No de mediciones	Unidad	Aval	Compromiso Institucional	Diferencia de percepción
1ª	95.52%	88.67%	85%	6.85%
2ª	92.57%	92.10%	85%	0.47%
3ª	97.78%	88.60%	85%	9.18%

Fuente: Idem

GRAFICA # 3

INDICADOR No. 11 DIAGNÓSTICO DE SALUD



Fuente: Idem

En este indicador el nivel de cumplimiento es **significativo**, porque se encuentra por arriba del 85%. Se encuentra dentro del estándar de INDICAS. Los valores de la unidad son más altos a los del aval y existe una diferencia de percepción en la tercera medición de un 9.18%

CUADRO # 4

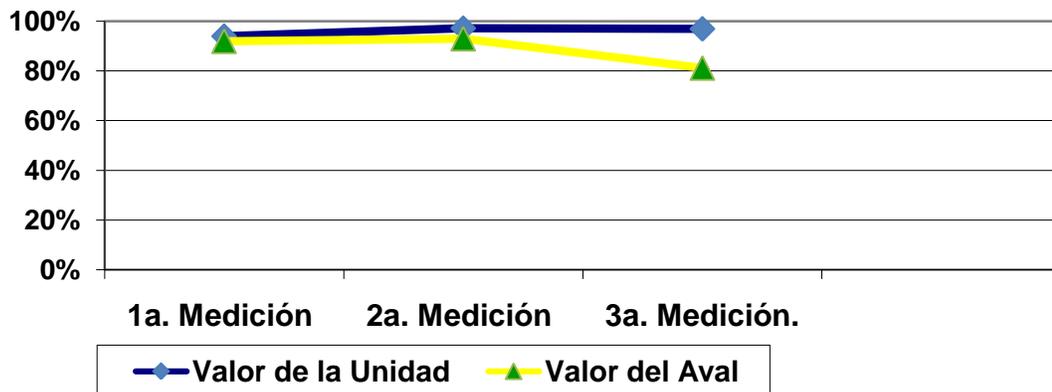
INDICADOR No. 12 TRATAMIENTO A SEGUIR

No de mediciones	Unidad	Aval	Compromiso Institucional	Diferencia de percepción
1ª	94.03%	91.98%	85%	2.05%
2ª	97.30%	92.98%	85%	4.32%
3ª	97.04%	81.20%	85%	15.84%

Fuente: Idem

GRAFICA # 4

INDICADOR No. 12 TRATAMIENTO A SEGUIR



Fuente: Idem

Este indicador se ha mantenido dentro del estándar de INDICAS en la primera y segunda medición, en la tercera baja hasta un 81.20% con una diferencia de percepción de un 15.84 entre el valor de la unidad y el valor del aval se cree que es por el cambio de médicos residentes e internos el cual se hace en el mes de marzo.

CUADRO # 5

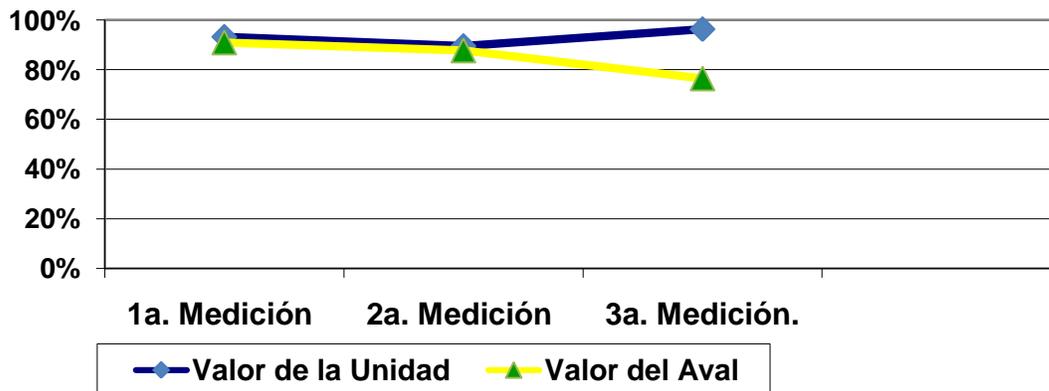
INDICADOR No.13 ¿EL MÉDICO LE EXPLICÓ SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR?

Indicador 13	No de mediciones	Unidad	Aval	Compromiso Institucional	Diferencia de percepción
¿El Médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?	1ª	93.28%	91.01%	85%	2.27%
	2ª	89.56%	87.71%	85%	1.85
	3ª	96.30%	76.50%	85%	19.8%

Fuente: Idem

GRAFICA # 5

INDICADOR No. 13 ¿EL MÉDICO LE EXPLICÓ SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR?



Fuente: Idem

En las dos primeras mediciones en el aval ciudadano se mantiene dentro del estándar INDICAS, en la tercera baja a un 76.50 %, presentando una diferencia de percepción de un 19.8 % entre el valor de la unidad y el valor del aval. A pesar de esta diferencia la unidad queda avalada, SICALIDAD indica que para que la unidad queda ser avalada no debe haber una diferencia de percepción mayor a un 20%. Se cree que en la tercera medición baja por el cambio de médicos en el servicio ya ellos desconocen los indicadores de trato digno que se evalúan.

CUADRO # 6

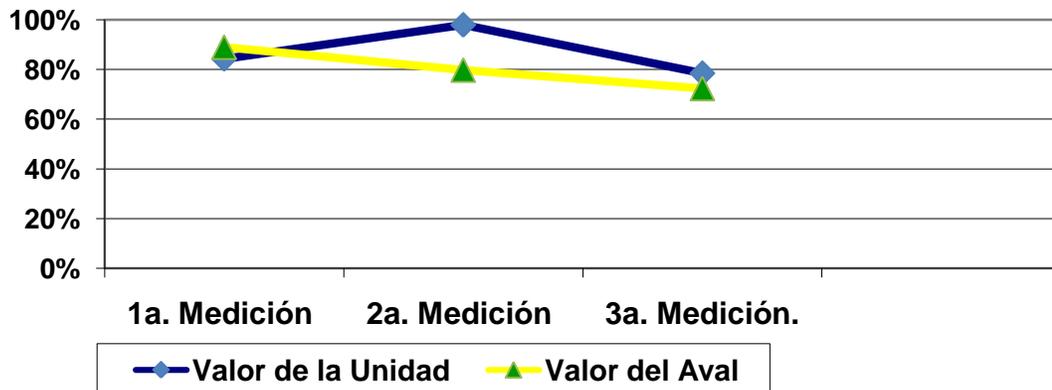
INDICADOR No. 14 INFORMACION PROPORCIONADA

No de mediciones	Unidad	Aval	Compromiso Institucional	Diferencia de percepción
1ª	84.33%	89.03%	85%	-4.97%
2ª	97.97%	79.82%	85%	18.15%
3ª	78.52%	72.40%	85%	6.12%

Fuente: Idem

GRAFICA # 6

INDICADOR No. 14 INFORMACION PROPORCIONADA



Fuente: Idem

En la segunda y tercera medición se encuentra por debajo del estándar de INDICAS que es del 85%. En la segunda medición se identifica una diferencia de percepción de 18.15 %, en la tercera medición baja a un 72.40% que en comparación con las anteriores es bastante significativo encontrándose en un nivel de cumplimiento **mínimo** Por lo tanto se detectan áreas de oportunidad. Como Mejorar la calidad de la información proporcionada a los usuarios del servicio. Sensibilizar al área médica de la importancia de proporcionar información a los usuarios.

CUADRO # 7

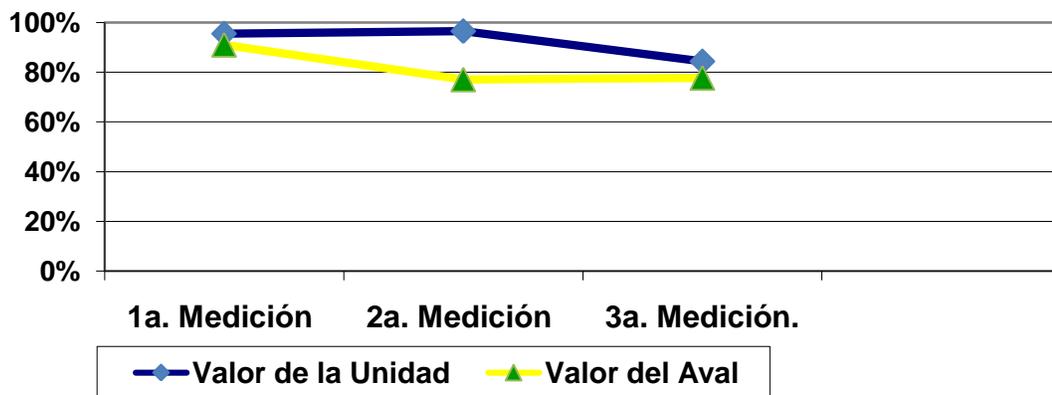
INDICADOR No. 16 TRATO RECIBIDO

No de mediciones	Unidad	Aval	Compromiso Institucional	Diferencia de percepción
1ª	95.52%	91.10%	90%	4.42%
2ª	96.62%	77.19%	90%	19.43%
3ª	84.44%	77.83%	90%	6.61%

Fuente: Idem

GRAFICA # 7

INDICADOR No. 16 TRATO RECIBIDO



Fuente: Idem

En la segunda y tercera medición de aval se encuentra por debajo del estándar de INDICAS se identifica una diferencia de percepción de 19.43%, que en comparación con las anteriores es bastante significativo. Se encuentran en un nivel de cumplimiento **parcial**, por lo tanto se detectan áreas de oportunidad.

CUADRO # 8

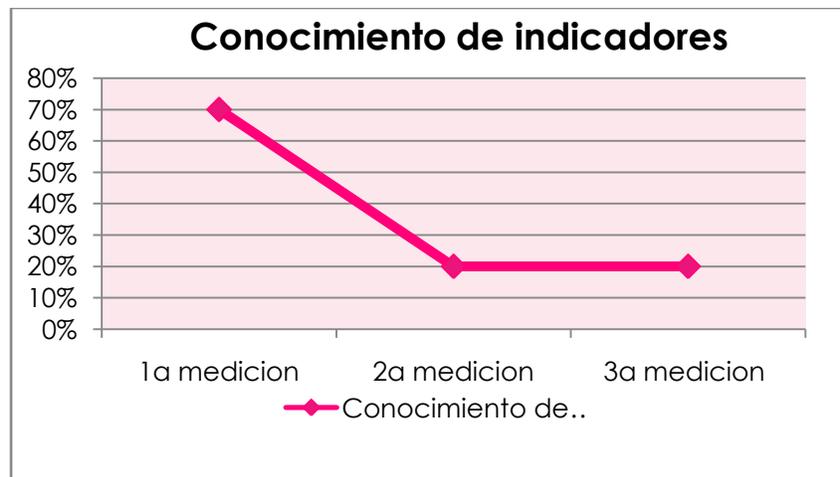
CONOCIMIENTO DE INDICADORES

No. de mediciones	SI		NO	
	No	%	No	%
1 ^a	7	70	3	30
2 ^a	2	20	8	80
3 ^a	2	20	8	80

Fuente: Idem

GRAFICA # 8

CONOCIMIENTO DE LOS INDICADORES DE TRATO DIGNO QUE EVALÚA SI CALIDAD.



Fuente: Idem

En la primera medición se identifica que en el 70 % de los encuestados conocen y aplican los indicadores que evalúa SICALIDAD, en la segunda y tercera medición solo el 20% de los encuestados conocen estos indicadores. Esta situación probablemente se debe al cambio de rotación de médicos residentes internos cabe aclarar que la encuesta se aplico al personal médico en general sin definir jerarquías.

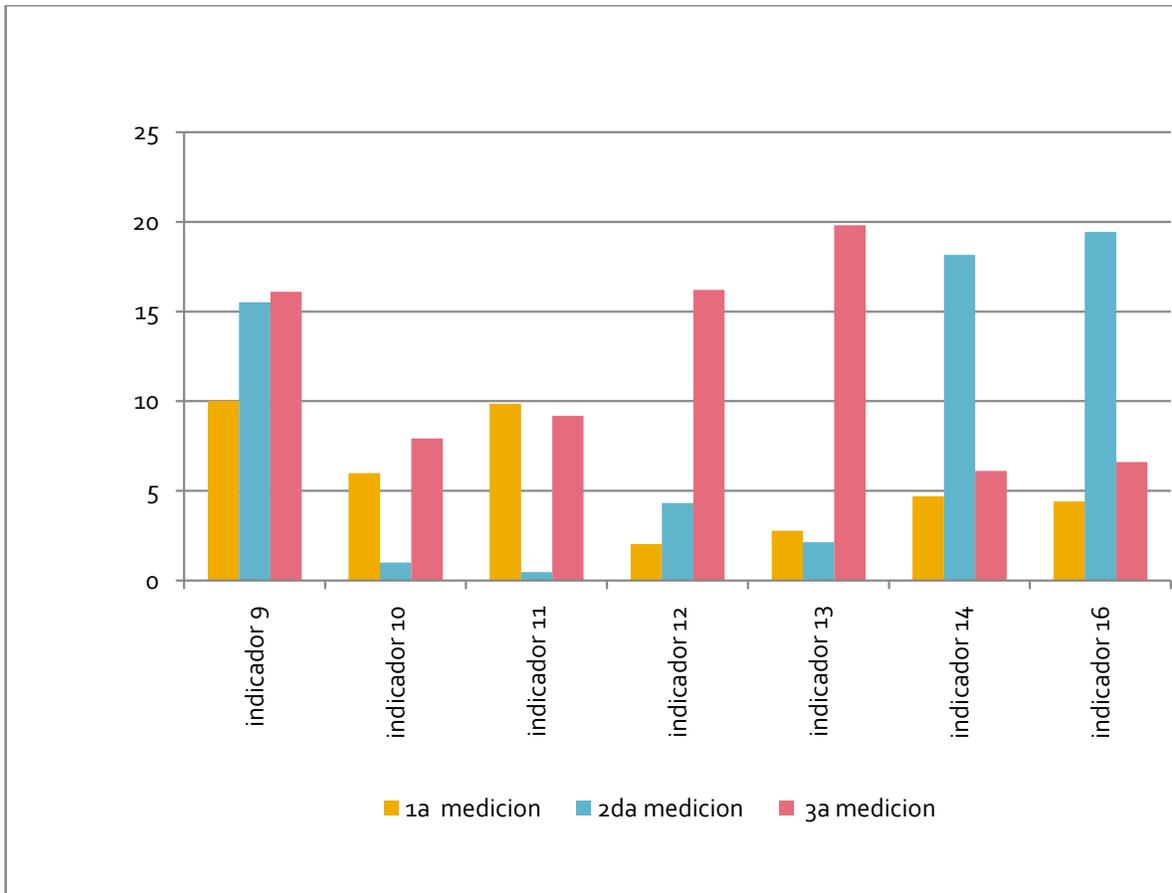
CUADRO # 9**DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN EN CADA UNA DE LAS MEDICIONES**

INDICADOR	% DIFERENCIA DE PERCEPCION		
	SEPT-08	NOV. 08	MARZO 09
9.-Tiempo de espera para recibir consulta	10.01	15.52	16.1
10.-El médico permite hablar sobre estado de salud	5.99	1.01	7.92
11.-Explica sobre el diagnostico	9.85	0.47	9.18
12.-Explica sobre el tratamiento	2.04	4.32	16.2
13.-Explica sobre los cuidados a seguir	2.79	2.15	19.8
14.-Como considera la información proporcionada por el medico	4.7	18.15	6.11
16.-Trato recibido	4.42	19.43	6.61

Fuente: Idem

GRAFICA # 10

DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN EN CADA UNA DE LAS MEDICIONES



Fuente: Idem

Se observa una diferencia de percepción significativa en la segunda y tercera medición por lo que se observan áreas de oportunidad para mejorar. **Se identifica diferencia menor del 20% entre el valor reportado por el hospital y el valor del aval ciudadano en todos los indicadores por lo tanto la unidad queda avalada en las tres mediciones.**

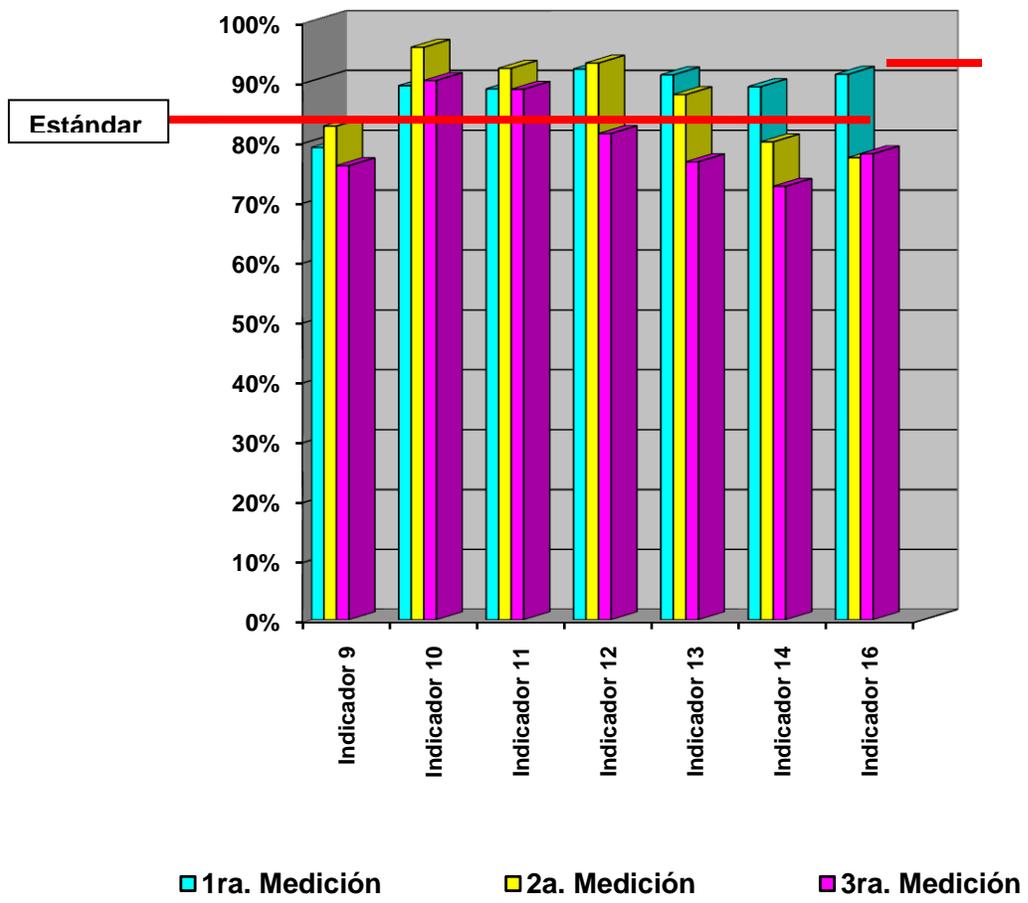
CUADRO # 11

COMPARATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE TRATO DIGNO

INDICADOR	MEDICIONES		
	SEPT-08	NOV. 08	MARZO 09
9.-Tiempo de espera para recibir consulta	78.89%	82.45%	75.86%
10.-El médico permite hablar sobre estado de salud	89.82%	95.61%	90.06%
11.-Explica sobre el diagnostico	88.67%	92.1%	88.60%
12.-Explica sobre el tratamiento	91.98%	92.98%	81.20%
13.-Explica sobre los cuidados a seguir	91.01%	87.71%	76.50%
14.-Como considera la información proporcionada por el medico	89.03%	79.82%	72.40
16.-Trato recibido	91.10%	77.19%	77.83%

Fuente: Idem

GRAFICA # 11
COMPARATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE TRATO DIGNO



Fuente: Datos obtenidos a través de la guía de cotejo para el monitoreo ciudadano formato F1TD/02 F2AC/03 durante los meses de septiembre, noviembre del 2008 y marzo del 2009. En el Hospital Juárez de México

Esta grafica muestra que solo dos indicadores se han mantenido en tres mediciones, es el indicador diez que se refiere a: si el médico le permitió hablar sobre su estado de salud y el indicador once el cual habla de la explicación médica sobre su estado de salud. En la tercera medición los indicadores: nueve tiempo de espera, doce el médico le explico sobre el tratamiento, trece el médico le explico sobre los cuidados que debe seguir, catorce información proporcionada por el médico, y dieciséis trato recibido. Se encuentran por debajo del 85% estándar que marca INDICAS esta situación probablemente se debe al cambio de personal médico en el servicio de urgencias el cual desconoce los indicadores que evalúan SICALIDAD.

CAPITULO V CONCLUSIONES

El sistema integral de calidad (SICALIDAD), incluye proyectos en los tres componentes de la calidad: calidad percibida, calidad técnica y calidad en la gestión de los servicios de salud. La calidad abarca una amplísima gama de factores técnicos, científicos y de actitudes humanas.

Se trata de proyectos que han logrado notorios avances y dedicación de muchos profesionales de la salud a favor de la calidad y que sin perjuicio de su necesaria innovación forman parte de SICALIDAD.

SICALIDAD aporta herramientas metodológicas que, al ser utilizadas en cada unidad médica, le permiten realizar un autodiagnóstico para identificar áreas de oportunidad y mejorar sus procesos, con lo que se eleva la calidad de los servicios y la satisfacción de los prestadores y de la población.

Por tanto, SICALIDAD no es un programa más para aumentar la carga de trabajo con tareas de medición, sino parte del proceso para la adquisición de una cultura de calidad que comienza con medir el propio desempeño de los servicios, aplicar estrategias de mejora y evaluar sus resultados. Aunque los indicadores inicialmente están dirigidos a aspectos básicos de la atención médica en problemas de impacto nacional, existe la visión de que el aprendizaje y las experiencias en el campo de la calidad puedan ser aplicables a cualquier problema que sea prioritario al interior de cada unidad.

Cabe resaltar que desde la perspectiva de la calidad, la detección de errores o deficiencias, no tiene como fin la sanción, sino la oportunidad para que en equipo se realicen procesos de mejora continua que permitan darle sentido al quehacer cotidiano de la salud, de tal manera, que frente a tan relevante tarea, podamos sonreír junto con la población por haber logrado cumplir con la misión de elevar la calidad de los servicios de salud.

SICALIDAD establece que para que la institución pueda ser avalada no debe haber una diferencia igual o mayor a un 20 %, comparando los resultados de las evaluaciones de los indicadores de trato digno de aval ciudadano y los de la unidad. Por lo tanto la institución queda avalada en las tres mediciones.

Los factores identificados durante las evaluaciones y que afectan la calidad de la atención médica son:

El tiempo de espera prolongado para atender la consulta, es importante mencionar que la unidad cuenta con seis consultorios para el servicio de urgencias, un consultorio se utiliza para la valoración del Triage, otro consultorio para pacientes que requieran la aplicación de algún medicamento intravenoso, debido a la contingencia epidemiológica de la influenza H1N1 se designo un consultorio para brindar la atención y de esta manera evitar el contagio.

Cabe mencionar que a pesar del manejo del Triage y el cambio que hicieron para que el usuario realizara su pago de la atención posterior a la valoración en el Triage, no han alcanzado el estándar de tiempo de espera para pasar a su consulta el cual es de 15 minutos,

Otro de los factores identificados es la comunicación deficiente del médico con el usuario durante la consulta Así mismo se observa que el personal médico desconoce los indicadores de trato digno que evalúa SICALIDAD. Debido a que en la tercera medición se identifica una disminución significativa esta situación probablemente se deba al cambio de médicos residentes, internos y estudiantes el cual se realiza en el mes de marzo.

Todos estos factores influyen en la calidad de la atención médica teniendo como resultado la insatisfacción del usuario

SUGERENCIAS DE MEJORA

- Difundir de manera continua entre el personal del servicio de urgencias, la actividad que realizan los avales ciudadanos.
- Comprometer al personal de este servicio en el proceso de mejora continua por la calidad.
- Distribuir material impreso para prestadores y usuarios de servicios de salud sobre el programa Si Calidad y Aval Ciudadano.
- Disminuir el tiempo de espera para recibir atención.
- Agilizar el enlace de turno.
- Elaborar video informativo para la difusión de información para los usuarios sobre: Los Derechos Generales de los pacientes, Triage en urgencias, Indicadores de Trato Digno.
- Mejorar la calidad de la información proporcionada a los usuarios del servicio.
- Sensibilizar al área médica de la importancia de proporcionar información a los usuarios.
- Se recomienda cuidar la limpieza, iluminación y ventilación del área de Consultorios y sala de espera y sanitarios.
- Mejorar la limpieza de superficies y pintura de la sala de espera.
- Instalar televisión como una herramienta educativa dirigida a los usuarios.
- Otro aspecto es sensibilizar al área médica de la importancia de su labor en este proceso, que conozcan y apliquen los indicadores de Trato Digno.

- Se recomienda la instalación de un Módulo de Información que permita orientar y atender a los pacientes y familiares en el área de urgencias, para evitar que sea el área de Vigilancia quien enfrenta esta situación.
- Otro aspecto es el evitar el ingreso de vendedores ambulantes y personas ajenas al hospital.
- Por último, se reconoce la labor del personal del hospital, en la responsabilidad e interés por alcanzar los compromisos establecidos.

- Todo proceso de mejora debe ser continuo y constante, por lo que la difusión de los indicadores debe de ser reforzada en los prestadores del servicio.
- Es en este sentido que se han recomendado aspectos que permitan mejorar las condiciones físicas del inmueble, así como el ambiente de trabajo y atención bajo el esquema de calidad percibida en los servicios.

ANEXO 3

SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD
AVAL CIUDADANO
 GUÍA DE COTEJO PARA EL MONITOREO CIUDADANO FORMATO F2 AC/03

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA Y DEL AVAL CIUDADANO QUE REALIZA LA VISITA

ESTADO	<input type="text"/>	DELEGACIÓN/JURISDICCIÓN	<input type="text"/>
MUNICIPIO	<input type="text"/>	LOCALIDAD	<input type="text"/>
INSTITUCIÓN	<input type="text"/>	NOMBRE DE LA UNIDAD	<input type="text"/>
CLAVE DE LA UNIDAD/CLUES	<input type="text"/>	AREA	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano
UNIDAD MÉDICA	<input type="checkbox"/> Acreditada <input type="checkbox"/> No Acreditada <input type="checkbox"/> No Aplica	NIVEL DE ATENCIÓN	<input type="checkbox"/> Primer <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercer
CON SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No Aplica	SERVICIO	<input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización
TURNO	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Jornada Especial		
PERIODO QUE REVISAS	<input type="checkbox"/> Ene-Feb <input type="checkbox"/> Mar-Abr <input type="checkbox"/> May-Jun <input type="checkbox"/> Jul-Ago <input type="checkbox"/> Sept-Oct <input type="checkbox"/> Nov-Dic		
No. DE VISITA	<input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Cuarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta		
AVAL QUE REPRESENTA	<input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Jurisdiccional <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Local	FECHA DE ELABORACION	<input type="text"/>
NOMBRES DE LAS ORGANIZACIONES	<input type="text"/>		

DIA MES AÑO

1.- ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL MONITOREO/MEJORA DE TRATO DIGNO

1.1.- El Aval Ciudadano ¿tiene acceso al formato F2-TD/02 (manual o electrónico) con la información de los resultados del Método de Evaluación de Trato Digno del bimestre anterior a la visita? SI NO

2.- SEGUIMIENTO DE LA CARTA COMPROMISO

2.1.- Revisar las evidencias documentadas o físicas que dan seguimiento a los acuerdos establecidos en la Carta Compromiso del bimestre anterior y anotarlas de manera breve.

3.- MÉTODO DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL Y CIUDADANO

3.1.- Registre en el cuadro UNIDAD MÉDICA el número de usuarios que encuestó la unidad y en el siguiente los encuestados por el AVAL CIUDADANO, escriba la diferencia.

TAMAÑO DE MUESTRA UNIDAD MÉDICA AVAL CIUDADANO DIFERENCIA

3.2.- Revise los resultados de los indicadores de trato digno del último bimestre de la Unidad Médica. En la columna A "VALOR DE LA UNIDAD" registre los datos del CUADRO 1. CONCENTRADO MANUAL del formato F2-TD/02. Encierre con un círculo los valores de la columna A cuando este sea igual o mayor a la columna C, en cada uno de los indicadores, cumplimiento del "COMPROMISO INSTITUCIONAL". En la columna B "VALOR DEL AVAL" registre los datos que obtuvo en sus encuestas de trato digno. En la columna D "DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN" registre el resultado de restar la columna A de la columna B y escriba con un lápiz de color, cuando la diferencia sea igual o mayor al 20%. En la columna E "ACCIÓN DE MEJORA DOCUMENTADA", pregunte al responsable de la unidad: ¿se han realizado acciones de mejora de los indicadores de trato digno que no cumulen el estándar o compromiso institucional?, si la respuesta es si, solicite la documentación que respalda el trabajo realizado y escriba SI, en caso contrario escriba NO.

Nº	INDICADORES DE TRATO DIGNO	A	B	C	D	E
		VALOR DE LA UNIDAD	VALOR DEL AVAL	COMPROMISO INSTITUCIONAL	DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN	ACCIÓN DE MEJORA DOCUMENTADA
9	Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿quedó usted...?			85%		
10	¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?			85%		
11	¿El médico le explicó sobre su estado de salud?(diagnóstico)			85%		
12	¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?			85%		
13	¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?			85%		
14	En relación con la información que le dio el médico, ¿cómo la consideró usted?			85%		
15	Con la cantidad de medicamentos que le entregaron, ¿quedó usted...?*			95%		
16	En general ¿el trato que recibió usted en esta unidad fue...?*			90%		

*Sólo para el Servicio de Consulta Externa

3.3 Grafique en las columnas U y A los porcentajes de los resultados de trato digno. La línea punteada representa el estándar institucional.

	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A	U	A
100														
90														
80														
70														
60														
50														
40														
300														
20														
10														
0														
	9	10	11	12	13	14	15	16						

3.4.- Transcriba del formato F2 TD/02 las principales áreas del servicio donde usted y la unidad consideran necesario trabajar para mejorar el trato digno.

UNIDAD MÉDICA

1.

2.

3.

AVAL CIUDADANO

1.

2.

3.

ANEXO 4

INSTRUCTIVO.

En Formato F1-TD/02 El Formato **F1-TD/02** consta de un encabezado con información que identifica al hospital; el cuerpo contiene 11 columnas para el registro de los indicadores explorados de Trato Digno.

- **Número progresivo de encuesta aplicada:** Número progresivo aplicado a cada usuario que acepta ser encuestado. Cada formato tiene capacidad para 20 encuestas

- **Pregunta 08. Usuario al que se le aplica el cuestionario.** Anotar:

a = si el entrevistado es paciente, o **b** = si se trata de un familiar o acompañante

Oportunidad en la Atención

- **Pregunta 09. Después del tiempo que esperó para pasar a consulta,**

¿Quedó usted...? Opciones: **a** =Muy satisfecho; **b** = Satisfecho; **c** =

Más o menos satisfecho; **d** = Insatisfecho; **e** = Muy insatisfecho. Si el encuestado responde de manera ambigua o confusa, o no responde, registrar **f**

Comunicación entre paciente y médico

- **Pregunta 10. ¿El médico le permitió hablar sobre su estado de salud?**

Opciones: **a** = Sí; **b** = No; **f** = No contestó

- **Pregunta 11. ¿El médico le explicó sobre su estado de salud?** Opciones:

a = Sí; **b** = No; **f** = No contestó

- **Pregunta 12. ¿El Médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?**

Opciones: **a** = Sí; **b** = No; **f** = No contestó

- **Pregunta 13. ¿El Médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?**

Opciones: **a** = Sí; **b** = No; **f** = No contestó

• **Pregunta 14.** En relación con la información que le dio el médico,

¿Cómo la consideró usted? Opciones: **a** = *Muy clara*; **b** = *Clara*; **c** = *Regular*; **d** = *confusa*; **e** = *No recibió información*; **f** = *No contestó*

Trato Recibido por personal de la unidad

• **Pregunta 16.** En general, ¿el trato que recibió usted en esta unidad fue...?

Opciones: **a** = *Muy Bueno*; **b** = *Bueno*, **c** = *Regular*, **d** *= *Malo* ; **e** *= *Muy malo*;; **f** = *No contestó*

* **Nota:** En el caso de que la respuesta fuera una de las opciones **d** o **e**, se pasará a la columna siguiente (Pregunta 17)

• **Pregunta 17:** ¿En qué área del servicio, el personal le dio mal trato? Anotar en el renglón correspondiente de la letra **a** a la letra **i** de acuerdo con la opción que elija el entrevistado. En el caso de que el entrevistado mencione más de una opción, deberán anotarse todas

En Formato F2-TD/02 El formato **F2-TD/02** es de concentración y reúne la información capturada en los formatos **F1-TD/02** que se hayan empleado según lo exija el tamaño de la muestra. Este formato es de utilidad para el hospital que no cuente con equipo de cómputo, ya que le permitirá contar con información básica para evaluar el nivel de calidad y el avance de los indicadores, así como identificar sus áreas de oportunidad e iniciar las acciones de corrección para la mejora.

ANEXO 5

Descripción del instrumento

El instrumento consta de un encabezado con información que identifica a la unidad, y el cuerpo contiene cuadros para concentrar y procesar la información de los indicadores explorados de trato digno.

Cuerpo del formato

Este formato se integra por cuatro cuadros para la captura manual de la siguiente información:

1. Cuadro para sumatoria de respuestas
2. Datos para construir gráfica de porcentaje de satisfacción de los pacientes que acuden al servicio de Urgencias
3. Cuadro para registrar áreas en las que se registró mal trato al paciente
4. Oportunidades de mejora

Opciones de respuesta:

Cuadro 1. Concentrado manual

- Para el llenado de este cuadro, utilice los datos registrados en el formato **F1-**

TD/02

- En cada una de las preguntas de la 09 a la 16*, sumar las respuestas según lo señale la opción elegida y anotar cada total en el casillero de la fila correspondiente.
- Para obtener el porcentaje de las preguntas 10, 11, 12 y 13, divida el total de respuestas marcadas con **a** entre el total de mediciones y multiplíquelo por cien

- Para las respuestas 09, 14, 15* y 16 sume las respuestas **a+b**, divídalo entre el total de mediciones y multiplíquelo por cien.
- Al terminar, emplee las dos últimas columnas de concentración y anote el número absoluto y el porcentaje.

Cuadro 2. Porcentaje de satisfacción representado en un gráfico de barras

- La gráfica se construye con los números de las preguntas de la encuesta y el porcentaje de satisfacción
- Dibuje una barra que grafique el porcentaje de cada una de las preguntas
- De las preguntas 10, 11, 12 y 13 grafique el porcentaje de la letra **a**
- De las preguntas 09, 14, 15* y 16 grafique los porcentajes derivados de **a+b**

Cuadro 3. Áreas en las que se registró mal trato al paciente

- Para el llenado de este cuadro, utilice los datos de la pregunta 17
- Anote las frecuencias de las opciones de respuesta para obtener su porcentaje
- Divida cada una entre el total de mediciones y multiplique por cien
- Anote el resultado en el casillero de la fila que corresponda a cada servicio

Cuadro 4. Oportunidades de Mejora

- Revisa los resultados; si identifica deficiencias, enuncie las que considere como áreas de oportunidad prioritarias para desarrollar acciones de mejora.

ANEXO 6

GLOSARIO

.AVAL CIUDADANO: Es el mecanismo que propone la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para promover la participación social en el proceso de democratización de la salud, a través del ejercicio de un acto de derecho ciudadano que realizan las personas de una o varias organizaciones reconocidas moral y socialmente para avalar el desarrollo y la información de resultados del monitoreo de los indicadores con los que se evalúa la calidad de los servicios, generando de esta manera, transparencia y confiabilidad en las instituciones participantes

BENCHMARKING: Estudio que consiste en identificar los mejores procedimientos, procesos, productos o servicios, y el establecimiento de las medidas de desempeño más apropiadas de la competencia para incorporarlas en la organización. Permite compararse con el mejor en condiciones similares.

CALIDAD: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa o servicio que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios que permiten su clasificación en categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente/usuario.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: Es el atributo que tienen los servicios que se proporcionan a los usuarios, por todos los que intervienen en su producción; con óptimo nivel profesional para lograr los máximos beneficios, con los menores riesgos y al menor costo posible, de acuerdo con los valores sociales imperantes en los contextos en donde se desarrolla, orientados a la satisfacción de las expectativas de los usuarios y prestadores. En La Cruzada Nacional por la Calidad este concepto se operacionaliza a través de dos dimensiones; el Trato Digno y La Atención Médica Efectiva.

CLARO: Fácil de comprender.

CONFIABILIDAD: Término utilizado en estadística que se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición produce iguales resultados.

COMITÉ TÉCNICO ESTATAL DE CALIDAD: Grupo colegiado responsable de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en cada una de las entidades federativas.

CRONOGRAMA: Descripción gráfica de las actividades con relación al tiempo en el que se van a desarrollar.

CUESTIONARIO: Conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir; es la forma impresa que sirve de instrumento para recolectar la información y guiar el procedimiento. Para cumplir la primera función el cuestionario contiene las preguntas y el medio para registrar las respuestas en una escala apropiada. Para la segunda función, proporciona una estructura que permite seguir la misma secuencia, plantear el mismo interrogatorio y asistir su diligenciamiento con explicaciones ante situaciones especiales. El cuestionario proporciona la estructura que debe cumplir el desarrollo de la encuesta

DATO: Unidad de información de hechos, como medida estadística se utiliza como base para seguimiento, discusiones o cálculos; es el valor que adquiere una variable para una determinada unidad de análisis, como resultado de un proceso de medición.

DATOS BASALES: Valores de la primera medición de cada variable.

DIAGRAMA "ESPINA DE PESCADO" (Diagrama de Ishikawa): Herramienta de calidad que sirve para describir gráficamente la identificación de las causas y efectos de un determinado problema. Forma de organizar y representar propuestas para identificar y clasificar las causas posibles de un efecto o problema.

EFFECTIVA/O: Para la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud es el atributo de calidad que se refiere al logro del resultado o efecto posible.

EFFECTIVIDAD: Grado en el que los servicios recibidos, o que se espera recibir, mejoran la condición de salud, considerando el estado del paciente y el estado de la ciencia y la tecnología.

EFICACIA: Alcance hasta el que se realizan las actividades planeadas y se alcanzan los resultados esperados.

EFICIENCIA: Para la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud es el atributo de calidad que se refiere a la cantidad de recursos adecuados a los resultados obtenidos

EFICIENTE: Que logra el resultado planeado con la cantidad de recursos adecuados.

ESTÁNDAR: En materia de calidad de los servicios de salud es la declaración del nivel de calidad que se espera otorgar a la población; en estadística se define como un valor que sirve como punto de referencia en la aplicación de una fórmula o un indicador.

ESTANDARIZACIÓN: Metodología utilizada para lograr como resultado el mejor producto o servicio al cliente. Es la serie de actividades a desarrollar mediante las cuales, cualquier persona pueda realizar cada uno de los pasos en forma homogénea, con los criterios establecidos por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para la medición uniforme y comparación de indicadores.

ESTRATIFICADA: Término estadístico que describe una forma de clasificación de una muestra, con criterios determinados.

FORMATOS PRIMARIOS F1: Hojas de recolección de datos del monitoreo de indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

FORMATOS DE CONCENTRACIÓN F2 Y F3: Hojas para registrar de manera resumida la información capturada en los formatos primarios.

GESTOR: Persona capaz de trabajar en forma armónica con personas y organizaciones de dentro y de fuera del sistema de salud para satisfacer las necesidades de los pacientes y la comunidad, haciendo uso adecuado de los datos de salud disponibles.

GRADO DE SATISFACCIÓN: Cada uno de los valores o calidades de realización de un deseo o necesidad.

GRÁFICO DE CONTROL: Herramienta de calidad que se utiliza para examinar tendencias, a través del registro lineal que vigila un proceso y permite observar, con los valores promedio, sus modificaciones en periodos de tiempo determinados y sus límites superior e inferior si las modificaciones se deben o no a eventos únicos o casuales, y permite demostrar si su desempeño es Consistente o no. Fue descrito por Walter Shihhart, físico norteamericano, primer presidente de la Sociedad Americana de Calidad, para la comprobación continuada de la significación estadística y para identificar si la capacidad del sistema, con sus especificaciones, permiten determinar los próximos pasos en un proceso de mejora.

GRÁFICO DE PARETO: Herramienta de calidad para fijar prioridades mediante la clasificación o jerarquización de la información, aislando así los datos vitales de entre los triviales; utiliza un diagrama de barras para mostrar la frecuencia relativa de hechos en orden descendente. Debe su nombre al economista italiano del siglo XVI Wilfrido Pareto.

INDICADOR DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: Es la expresión numérica del nivel de calidad alcanzado en determinados servicios de salud, que han sido previamente definidos en términos que faciliten su medición.

ÍNDICE: Conjunto de indicadores ponderados y relacionados entre sí, según área de atención, tipo de actividad o percepción de resultados por parte de los usuarios; para brindar una expresión cuantificable de la calidad de los servicios de salud.

MEDICIÓN: En calidad es asignar números a diversos atributos o variables, con base en reglas y parámetros establecidos. Comportamiento de una o más variables durante un periodo establecido y con frecuencias determinadas.

MEJORA CONTINUA: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes o usuarios.

MONITOREO: Medición sistemática de una o más variables durante periodos establecidos y con frecuencias determinadas.

MUESTRA: Término estadístico que se refiere a parte de una población o conjunto de elementos que se seleccionan y representan a toda la población en estudio.

MUESTRA SISTEMÁTICA: En estadística es el resultado de aplicar una técnica de intervalo, que consiste en dividir la población en estudio entre el tamaño de la muestra.

MUESTREO: Conjunto de procedimientos estadísticos por el cual se selecciona la muestra de una población.

MUESTRAL: Relativo a una muestra cualitativa o cuantitativa.

***N*:** Símbolo estadístico que representa el conjunto de todos los elementos de una población que cumple una o varias características.

***n*:** Símbolo estadístico que representa un subconjunto de elementos que pertenecen a una población.

***p*:** Símbolo estadístico que se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento.
Probabilidad de ocurrencia de un evento.

POBLACIÓN: Término que en estadística designa un conjunto de datos o elementos con la misma característica; se representa por una ***N***.

POBLACIONES FINITAS: Término estadístico que se refiere a un conjunto de elementos con límites.

PONDERACIÓN: Término estadístico de la magnitud cuyo valor ha sido modificado, de acuerdo con reglas, o por consenso.

PROBABILÍSTICA: Término estadístico que se refiere a que todos los elementos de una población tienen la misma posibilidad de ser seleccionados.

PROYECTO DE MEJORA CONTINUA (PMC): Es un documento que resulta del análisis de la información de los resultados del monitoreo del Proceso de Atención en los Servicios de Salud. Es el producto de la elección del grupo operativo y directivo como un área de oportunidad de mejora para ser desarrollada en un periodo determinado y que tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención, mediante la corrección del proceso. Es una parte de la gestión de la calidad, orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de calidad como un objetivo permanente.

REPRESENTATIVIDAD: Término que en estadística designa el grado en que un subconjunto de elementos traduce la totalidad de la población.
existen más de dos posibilidades de contestar a una pregunta, generalmente con opciones de respuesta cerrada.

RESPUESTA DICOTÓMICA: Término que en estadística se refiere a que sólo existen dos posibilidades de contestar a una pregunta (sí ó no, falso ó verdadero, 0 ó 1, etc.).

SECTORIAL: En materia de salud se refiere al esfuerzo coordinado y concertado del desempeño de personas y de instituciones públicas o privadas para el logro del bienestar de la ciudadanía.

TAMAÑO DE MUESTRA: Número de observaciones dentro de un subgrupo.

.

TRANSPARENCIA: En el sector salud, es el resultado del acceso y del proceso de difusión de información relacionada con el desempeño, objetivos, metas y de impacto de los Procesos de Atención en los Servicios de Salud y de los mecanismos de la participación ciudadana, para ser conocidos por toda la población.

VALIDEZ: Término estadístico que se refiere al grado en que el instrumento de medición mide realmente la o las variables que pretende medir.

VALIDACIÓN: Confirmación de la evidencia objetiva de que quedaron satisfechos los requerimientos de un uso o aplicación pretendido o específico.

VERIFICACIÓN: Confirmación y provisión de evidencia objetiva de satisfacción de requerimientos.

CAPITULO VI BIBLIOGRAFIA

BOLETINES SICALIDAD. (Marzo - Septiembre de 2007)

CANALES Metodología de la investigación Ed. limusa México 2008

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D. O. F. 5-II-1917. Art. 73, Fracción XVI.

DONABEDIAN, Avedis. "Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención", Salud Pública en México, enero-febrero, Vol. 35, No. 1. (1993)

DONABEDIAN A.: *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública*, México, **1990**.

Instituto Nacional de Administración Pública: *Calidad en el Servicio, Documento IV "Herramientas Administrativas de la Calidad"*, México, **2001**.

ISHIKAWA, K., "*Actividades de los Círculos de Calidad. ¿Que es el Control Total de Calidad?*", Colombia: Ed. Norma. 1993.

JOINT COMISSION on Accreditation of Healthcare Organizations (1995): Manual de acreditación para hospitales 1996, Foundation Avedis Donabedian. SG Editores SA. Barcelona.

JURAN JM. Conceptos básicos. En Manual de Control de Calidad, 2ª ed. Ed. Reverté, Barcelona 1990, Cáp.2.

KAURU ISHIKAWA, ¿Qué es el control de calidad? La modalidad japonesa, Colombia 2000. Ed. Norma 2a Edición

Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

LAMPERCHT J. L.: *Guía interpretativa de ISO 9001-2000 con énfasis en la metodología estadística*. Editorial Panorama, México, **2000**.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, México, **2002**.

Ley General de Salud, reformas, 13 de mayo del 2003. D. O. F. 7-II-1984. Art. 16.

ORTEGA C. Col. Manual de evaluación del servicio de calidad en Enfermería Ed
medica panamericana 2006

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000.

Programa Nacional de Salud (2007 – 2012)

Real Academia Española de la Lengua. acceso Nov 3, 2005.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
D. O. F. 5-IV-2004.

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de
Servicios de Salud. D. O. F. 22-X-2003.

SECRETARIA DE SALUD, “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de
Salud”, México, 2001

VILLATORO MA. Definiciones útiles en medicina de urgencia. Acceso dic 20 2005.

Secretaria de salud Programa Nacional de salud 2001- 2006. México 2001.

VARO J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Ediciones
Díaz de Santos, S.A. España 1994: 6.

VUORI HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y
metodología. SG Massón, Barcelona 1988: 37-102.