

699102



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
SAN LUIS POTOSÍ
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
FACULTAD DE MEDICINA**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN A LA SALUD
SEGÚN EL GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL
HOSPITAL RURAL DE SOLIDARIDAD No. 15
EN CHARCAS, SAN LUIS POTOSÍ.**

**TESINA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

DRA. LEILA AMPARO ATHIE HERNÁNDEZ



2005

APROBADO POR



H. G. Z. M. F. 2
ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SAN LUIS POTOSI S.L.P.




DR. PEDRO GUADALUPE BARRIOS SANTIAGO
JEFE DELEGACIONAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN IMSS



DR. GUILLERMO E. STEVENS AMARO
SECRETARIO DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA UASLP



FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSTGRADO



DRA. MARTHA ELENA VIDALES RANGEL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47 IMSS

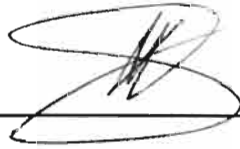


DR. FLORENCIO RODRÍGUEZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR IMSS



DRA. ZAIDE KETTELSON ABUD
PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR IMSS

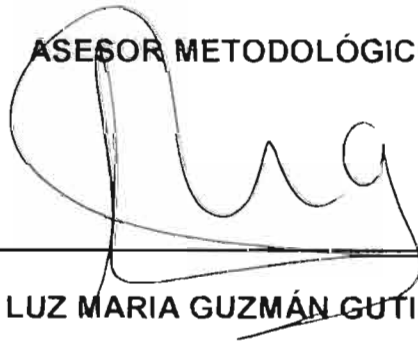
ASESORES



DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ SIERRA
COORDINACIÓN EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UASLP
ASESOR METODOLÓGICO



QFB. CARLOS VILLASEÑOR GONZÁLEZ
JEFE DE LABORATORIO DE LA UMF No. 45 IMSS
ASESOR METODOLÓGICO



LE. LUZ MARIA GUZMÁN GUTIERREZ
COORDINADORA DE ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA DEL HGZ No. 2 IMSS
ASESOR CLÍNICO

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme todo lo que tengo y necesito.

A mi esposo por todo su amor y comprensión.

A mi hija por ser la luz y aliciente de mi vida.

A mis padres y hermanos por su paciencia y apoyo en estos años.

A mis asesores y maestros por su orientación y guía en este proyecto.

INDICE

	Página
Antecedentes	6
Planteamiento del problema	15
Justificación	16
Hipótesis	17
Objetivos	18
Principal	18
Material y métodos	19
Tipo de estudio	19
Población de estudio	19
Universo de trabajo	19
Muestreo	19
Tamaño de la muestra	19
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión	20
Definiciones operacionales	21
Diseño operativo	23
Organización de la investigación	24
Programa	24
Cronograma	24
Recursos materiales, financieros y humanos	25
Resultados	26
Conclusiones	31
Bibliografía	34
Anexos	37

ANTECEDENTES

La calidad en materia de atención médica está alcanzando un pináculo de exposición con la influencia de los medios de comunicación y la respuesta de los consumidores y prestadores de servicio a los informes y reportes publicados sobre la calidad y la seguridad de los pacientes. (1,2,3)

La calidad en la atención médica tiene sus orígenes a mediados del siglo XIX, con base en la presencia de dos prestadores de atención médica de gran influencia: el primero, una enfermera de apellido Nightingale, y el segundo, un médico de apellido Codman. (4,5)

Florence Nightingale es reconocida en el mundo entero como una enfermera visionaria. Su influencia ayudo a salvar miles de vidas y cambió para siempre el cuidado de la salud. (4,5)

Durante la misma época, el Dr. Earnest A. Codman entró en escena. En 1914, Codman solicitó la compilación y el análisis de los resultados de las cirugías. Consideraba que el estudio de lo que sucedía a un paciente permitiría crear mejores procedimientos y prácticas.

El estudio sistemático de los procesos de calidad vio su inicio sobre todo en el medio laboral (no científico) y no se puede hablar de calidad sin mencionar a Joseph M. Juran quien es denominado el "Padre de la Calidad", nacido en 1904 en Rumania. (6)

Juran entiende por Calidad la "ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc.", y explica que todo el proceso puede desglosarse en una trilogía (Planeación de la calidad, Control de calidad, Mejoramiento de la calidad).

Otro aspecto vital en el proceso es el que se ocupa de la vigilancia del estado en que se brinda en la realidad (en la práctica): el servicio; es decir, *el control mismo de la calidad*. (7,8)

Este segundo proceso *per se* arrojará al ser analizado, las medidas que deberán tomarse para incrementar la satisfacción del cliente y mejorar la apreciación que tiene este con respecto al servicio recibido, es decir, el mejoramiento de la calidad. (9,10)

No es fácil describir que entendemos por "Calidad en Salud".

Primero hay que definir que entendemos por "Calidad", la cual puede definirse como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los "consumidores".

El segundo concepto es que se considera un bien o servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores.

Aquel paciente ("cliente") que no sale satisfecho de un consultorio médico no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) y por consiguiente considerará que no habrá recibido una *atención de calidad*.

El tercer elemento fundamental es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como "de mala calidad".

El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico.

La Calidad tiene 2 enfoques muy claros que pueden desglosarse con objeto de conocer la percepción del individuo:

- **Calidad Técnica:** que se refiere al cumplimiento de todos los requisitos indispensables acordes con lo estrictamente científico, es decir, con los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica.
- **Calidad Funcional:** es fácilmente comprendida porque engloba la percepción de la manera como es brindado el servicio, es decir, la forma como la persona percibe que es atendida.

Esta última suele comprender la dimensión interpersonal de la atención médica.

Hablar sobre la dimensión técnica de la calidad de la atención a la salud, es innecesario ya que toda acción profesional debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico prestado. (11,12)

Cuantificar el nivel de calidad percibido por un paciente, al entrar en los marcos de la subjetividad, es más difícil, salvo que se encuentren caminos para ello. Realizar Encuestas de Satisfacción a los pacientes es un muy adecuado modo de lograrlo. (13,14)

Siendo la calidad subjetiva para los pacientes también lo será para nosotros los profesionales y un gran problema tendremos si lo que nosotros conceptuamos como tal, no es coincidente con lo que aprecian y sienten los pacientes. (15,16)

Para fines de comprensión definimos *estándar* como "un concepto establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad".

En nuestra intención podemos asociar a la palabra "Estándar" al concepto de "Indicador" (que es la relación de dos variables expresada en forma numérica), para controlar la calidad de un aspecto de la atención médica y puede interpretarse como "las medidas de hasta que punto se está satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los pacientes", es decir, algo que puede medirse y calificarse.

Para fines conceptuales debemos reafirmar que la calidad de la atención debe abordarse desde las perspectivas del proveedor, usuario, organización y gasto en salud. (17,18)

Este no ha sido un fenómeno aislado en nuestro país. En todos los ámbitos del comportamiento socioeconómico existen por lo menos dos claras prioridades, *eficiencia y calidad*. Pero tampoco se tratan de prioridades exclusivas de México, se trata de una tendencia internacional que responde a los avances económicos y políticos mundiales. (19,7)

En el caso concreto de los servicios de atención médica existen diversas razones por las cuáles podría explicarse el creciente interés internacional acerca del tema de la calidad.

Una de ellas es, sin duda, la necesidad de controlar costos innecesarios provenientes de deficiencias en la atención a los pacientes.

Otra es el incremento en las demandas judiciales por errores de diagnóstico o tratamiento (*mala praxis*).

A ello se suma en otros casos, la conciencia ya sea de los propios profesionales de la salud, o de las estructuras políticas, de que ante la creciente complejidad de los sistemas de salud y las restricciones financieras de la década pasada que afectaron gravemente la infraestructura para la atención a la salud de muchos países, se carece de mecanismos que permitan garantizar a los pacientes y a sus familias que la atención que reciben en efecto es benéfica y, por tanto que

los recursos invertidos pueden considerarse en realidad como inversión y no como gasto o desperdicio.

Se han generado múltiples definiciones acerca del concepto "calidad de la atención médica". Lee y Jones (1933) ⁽³⁾, en un documento ya clásico, definieron el concepto de "buena atención" como "la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado"; agregaron además varios principios que debieran considerarse para juzgar la bondad de la atención.

Sin embargo, la definición clásica contemporánea se desarrolló y analizó meticulosamente por Donabedian en 1980. De acuerdo con él la calidad "es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en dónde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes". ^(15,17)

En efecto, la relación entre beneficios y riesgos, si bien considera la satisfacción, también considera el resultado de esa acción en ese atributo individual que es la salud y que en última instancia se expresa en ese balance entre beneficios y riesgos. En otras palabras, el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aún cuando siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al que fue sometido. Además, en esta situación de beneficios y riesgos cabe la posibilidad de tener niveles negativos de calidad; es el caso en el que los riesgos superan a los beneficios, lo que se considera como iatrogenia de la que, nuevamente, el paciente podría no estar plenamente consciente a pesar de manifestar satisfacción por el trato recibido.

Es necesario señalar que, con frecuencia, por ser un concepto relativo, el juicio acerca de la calidad de la atención médica tiende a ser descalificado al considerar algunos que se trata de una percepción meramente subjetiva y por tanto carente de valor y poco confiable. Este resulta ser un excelente pretexto para tratar de evadir la responsabilidad de enfrentar la realidad de las limitaciones propias. No obstante, si bien la medición de la calidad no es sencilla es necesario destacar que sí es posible llevarla a cabo y con ello obtener juicios válidos.

En el caso de los servicios de atención médica en México es interesante señalar que existe un aparente consenso entre la población respecto a la calidad de los servicios tanto del sector público como del privado. Existe la percepción de que la "calidad" de los servicios privados es mayor, muy probablemente debido a la libertad de elección que tiene el paciente para decidir sobre su médico tratante y, en contraparte, por el incentivo económico que esta elección representa para el propio médico. (20)

Donabedian (1985) acuñó también el concepto "epidemiología de la calidad" para referirse al hecho de que la calidad se distribuye de manera diferente entre cada uno de dos grupos de población: los proveedores de la atención y los usuarios de los servicios. (19)

Determinó que la dimensión técnica de la calidad es mejor cuando los profesionales que proporcionan la atención están mejor entrenados, más especializados, tienen más experiencia en el ejercicio profesional sin ser demasiado viejos, cuando trabajan en hospitales de enseñanza o cuando proporcionan los servicios en asociación con otros colegas.

En cuanto a la distribución de la calidad entre el grupo de población de los usuarios de los servicios, Donabedian no encontró correlación con edad, sexo, ocupación, o grupo étnico de los pacientes pero sí con su situación económica.

Esto conduce a señalar que la calidad, en consonancia con otros atributos de la atención médica, se distribuye inequitativamente entre los diferentes grupos de población.

Donabedian distingue tres posibles definiciones del concepto "calidad": una, a la que denomina "absolutista" por depender exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio; la otra es llamada "individualista", es decir, la definición que surgiría de cada caso clínico particular; y la tercera es la definición "social" de la calidad, en la que el concepto se establece en el marco de los valores y las necesidades sociales.

De acuerdo con esta tercera definición es que calidad, accesibilidad y equidad deben considerarse como elementos dependientes, sobre todo en el contexto de las instituciones de seguridad social, cuya vocación de origen se inscribe precisamente dentro de ese marco de valores y necesidades socialmente aceptados y deseados.

La manifestación más concreta de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención en México puede ubicarse a partir de 1956 cuando en el Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social se inicio de manera extraoficial la revisión de expedientes clínicos. Ello condujo un año después a la creación de la Comisión de Supervisión Médica del IMSS que evolucionaría para convertirse en 1972 en un área de evaluación médica. (21,22)

Justo en la década de los setenta, particularmente entre 1970 y 1976, la experiencia del IMSS adquiere mayor importancia a partir de la evaluación médica, basada en su inicio en las auditorías médicas, y se inician desarrollos semejantes en el ISSSTE y el DIF. (23)

En 1989 se creó la Unidad de Estudios en Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Salud Pública, que empezó a impulsar la educación sobre el tema y a proporcionar asesoría a diversas instituciones tanto del sector público como del privado en diferentes regiones del país y en otros países de la América Latina. (24)

El mayor impulso hacia la garantía de calidad se gesta durante la campaña presidencial de Carlos Salinas de Gortari. Por primera vez en la agenda de campaña en materia de salud un candidato presidencial enarbola la calidad como una de sus prioridades. Al acuñar el concepto de "calidad y calidez", reforzando la necesidad de poner atención en la dimensión interpersonal de la calidad, se identifica de manera explícita el valor que se le asigna a la calidad como componente de la política de salud. A partir de entonces, y como era de esperarse, la inquietud y el interés por encontrar opciones para garantizar la calidad de la atención se incrementaron notablemente.

Actualmente la Secretaría de Salud ha publicado una norma técnica para evaluar la calidad de la atención médica (orígenes en Gutiérrez Trujillo, 1990). Existe también un proyecto continuo para el desarrollo de la garantía de calidad en el IMSS y otro en el ISSSTE (ISSSTE, 1991a y 1991b).

La estrategia de modernización del IMSS considera obviamente la calidad; el ISSSTE, por su parte, convocó a un simposio internacional acerca de garantía de calidad junto con el Instituto Nacional de Salud Pública hacia fines de 1991, y ha iniciado un programa para mejorar la calidad que ha incluido, entre otras estrategias, el establecimiento de círculos de calidad en sus unidades hospitalarias.

Es evidente que el liderazgo y la tradición que en materia de garantía de calidad ha tenido la seguridad social. Es evidente también el esfuerzo por mantenerlo y que implica el desafío de enfrentar las corrientes opuestas. (25,26)

El conocer a través de cualquiera de los mecanismos validados el "estado de salud" que guarda la "percepción de la calidad de la atención" en un determinado centro de atención es el primer paso para poder mejorar la calidad de la misma, es decir, hay que conocer en donde se encuentra y cual es el o los puntos que hay que corregir para poder establecer e implementar las estrategias encaminadas a resolver el problema. (2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocer la percepción de la calidad de la atención a través de la satisfacción por la atención brindada en cualquiera de las Unidades Médicas u Hospitales Rurales de Solidaridad formar parte fundamental en la evaluación integral del programa de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La verdadera percepción de la calidad de la atención según el grado de satisfacción en determinada unidad varia considerablemente, sobre todo, por cuestiones atribuidas directamente a la población estudiada (condiciones geográficas, culturales, religiosas, económicas) y a cuestiones atribuibles al personal de contacto (profesionalización, capacitación del personal, motivación, capacidad de dirección, disponibilidad de recursos financieros y humanos, etc.)

Basándose en lo anterior nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de la calidad de la atención a la salud según la satisfacción del usuario en el servicio en el HRS No 15 de Charcas SLP?

JUSTIFICACION

No existe una evaluación con respecto a la percepción de la calidad de la atención a la salud según el grado de satisfacción en el Hospital Rural de Solidaridad No. 15 de Charcas realizada en forma independiente al programa de vigilancia interna del programa IMSS o IMSS-Oportunidades por lo que no se conoce la percepción con respecto a la calidad de la atención que reciben en dicho centro.

El conocer dicha percepción permitirá diseñar e implementar un programa eficiente de mejoras encaminadas a lograr un verdadero impacto positivo y podría ser usado como referencia e implementarse en otros Hospitales Rurales de Solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social para lograr un impacto positivo en las escalas de valor de las evaluaciones subsecuentes y por consiguiente un mejoramiento de la calidad de la atención brindada a la población.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis:

Por ser un estudio descriptivo no plantea hipótesis.

Sin embargo se cree que la población que acude al HRS No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Charcas, San Luis Potosí, tiene una percepción positiva (considerada como un grado de satisfacción de mas del 90% según lo establecen los indicadores de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud) con respecto a la calidad de la atención a la salud de acuerdo al grado de satisfacción por el servicio que recibe en dicho centro; ya que este, como cualquier otro Hospital Rural de Solidaridad, cuenta con programas de trabajo rigurosamente establecidos y una vigilancia estrecha del cumplimiento de los mismos.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo Principal

- Determinar la percepción de la calidad de la atención a la salud de acuerdo al grado de satisfacción por el servicio recibido de la población que acude al Hospital Rural de Solidaridad No. 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Municipio de Charcas, San Luis Potosí.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Observacional, Transversal y Prospectivo.

Población de estudio

Pacientes que acudan a la Consulta Externa de Medicina Familiar en el HRS No 15 del IMSS Delegación San Luis Potosí.

Universo de trabajo

Pacientes que reciben atención medica al HRS No 15 del IMSS, Charcas, San Luis Potosí.

Técnica muestral

No probabilística. Por cuota.

Se aplicará un cuestionario que consta de 30 reactivos que incluyen a los 11 indicadores de los cuestionarios de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud validados previamente por la entidad antes mencionada.

Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño adecuado de la muestra se utilizó la formula de:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Para la cual N es el tamaño de la población del numero de posibles encuestados, k es una constante dependiente del nivel de confianza (de 1.96 para un nivel de confianza del 95%), e es el error muestral estimado, p es la proporción de individuos de la población estudiada, por lo general 0.5), q es la proporción que no posee la característica esperada y es igual a $1-p$ y n es el número de encuestas necesarias.

Al existir una población aproximada de 12 mil consultas al año y para alcanzar un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 10% se requieren 95 encuestas aplicadas a pacientes para lograr una interpretación estadísticamente significativa de la población estudiada.

Es importante mencionar que según lo indica la normatividad de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud es suficiente con un error muestral del 10% y un nivel de confianza del 80% para los fines estadísticos en una población rural, por lo que los valores obtenidos en este estudio contarán con un poder estadístico mayor.

Criterios de inclusión

Todos los pacientes mayores de 15 años que acudan a la Consulta Externa de Medicina Familiar que acepten participar en el estudio y llenen el cuestionario.

Criterios de exclusión

Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.

Pacientes que por cualquier cuestión no sean capaces de responder el cuestionario.

Pacientes que sean familiares directos de las personas que laboran en el HRS No 15 del IMSS Delegación San Luis Potosí.

Pacientes que emigran a otro estado.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Edad	Es el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de la paciente.	Expresada en años	Discreta	Cuestionario
Paciente	Toda persona que acude a recibir atención médica.	Persona que reciba atención en el HRS No 15.	Ordinal	Cuestionario
Familiar	Pariente de una persona y especialmente el que forma parte de su familia	Perteneiente o no	Ordinal	Cuestionario
Tiempo de espera	Plazo o termino desde su llegada hasta que recibe la consulta	Expresado en minutos u horas	Continua	Cuestionario
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Hombre o Mujer	Nominal	Cuestionario
Enfermedad	Alteración del individuo en cualesquiera de sus esferas bio-psico-social.	Ausencia de salud	Nominal	Cuestionario
Tratamiento	Conjunto de medios que se emplean para curar	Procesos encaminados a recuperar la salud	Ordinal	Cuestionario
Limpieza	Cualidad de limpio	Ausencia de suciedad visible	Ordinal	Cuestionario
Calidad	Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a	Satisfacción con el servicio recibido	Nominal	Cuestionario

	algo que permiten juzgar su valor			
Atención médica	Acción de atender del personal de la salud	Consulta y valoración médica	Nominal	Cuestionario
Frecuencia	Repetición mayor o menor de un acto o suceso	Número de consultas en determinado intervalo de tiempo	discreta	Cuestionario
Información	Acción y efecto de informar	Adquisición de conocimiento útil el proceso de tratamiento	Nominal	Cuestionario
Instrucciones	Acción de instruir	Expresar de manera clara las indicaciones	Nominal	Cuestionario
Privacidad	Ambito de la vida privada que se quiere mantener libre de intromisión	No sentirse incomodo al momento de recibir la atención medica.	Nominal	Cuestionario

DISEÑO OPERATIVO

Se solicitó a los médicos residentes de Medicina Familiar que atienden la Consulta Externa en el HRS No 15 del IMSS Charcas, SLP para que repartieran los cuestionarios a la población después de que el paciente hubiera recibido la atención médica.

Se entregaron cuestionarios indiscriminadamente a todos los pacientes que recibieron atención en el centro de estudio hasta completar el tamaño muestral con un excedente del 25%.

Los cuestionarios fueron llenados de manera totalmente anónima y sin ningún tipo de presión para después ser colocados en una urna sellada, lo que permitió evitar cualquier sesgo o manipulación de resultados.

Posterior a la culminación del estudio (10 de Diciembre del 2004) se realizó la concentración de datos para posteriormente iniciar el análisis estadístico y emitir e interpretar los resultados para elaborar el dictamen definitivo.

La validación de la veracidad del cuestionario estará dada por Aval Ciudadano, una organización no gubernamental que certificó el cuestionario base para los indicadores de la evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

La validación de los reactivos del cuestionario esta dada por jurisprudencia basándose en la validación de los cuestionarios preestablecidos para primer nivel de atención y que contienen los indicadores del cuestionario elaborado por el comité coordinador sectorial de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicio de Salud al que pertenece el Instituto Mexicano del Seguro Social a

Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para cada una de las variables involucradas para un IC del 95%.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Programa de trabajo

La evaluación se realizó a través de un cuestionario directo y anónimo.

Una vez que el paciente recibió la atención médica por la que acudieron al Hospital Rural Solidaridad se les pidió que llenara uno de los cuestionarios.

Cada uno de los cuestionarios esta constituido por 30 reactivos muy sencillos y además tiene un pequeño instructivo sobre la forma de responderlo.

Se repartió un cuestionario por paciente hasta completar el tamaño de la muestra requerida.

Una vez llenado cada cuestionario se depositó en el colector situado en la sala de espera de donde el investigador los recabó diariamente sin realizar ningún corte de información provisional para evitar la intervención externa hacia los resultados del mismo.

Cronograma

ACTIVIDAD	2004				2005
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
Elaboración de protocolo	X				
Registro de protocolo ante el Comité de Investigación				X	
Capacitación encuestador o colector de información	X				
Aplicación de cuestionario piloto	X				
Aplicación de cuestionario definitivo	X				
Captura de datos		X			
Análisis de datos			X		
Interpretación de resultados				X	
Formulación de reporte				X	
Redacción de artículo científico					X

Recursos materiales

Hoja de recolección de datos.

Recursos financieros

Recursos autofinanciados por el investigador.

Recursos humanos

Médicos residentes de Medicina Familiar en su periodo de campo.

RESULTADOS

Se realizó un total de 120 encuestas de las cuales se eliminaron 7 por ser depositadas en blanco quedando 113 para el estudio estadístico

Se logró realizar un 126.3% de las encuestas proyectadas a pacientes (un 26.3% más de lo requerido para fines estadísticos).

Se calculó el porcentaje en cada respuesta según el número de contestaciones divididas entre el total de cada indicador.

En los tiempos de espera se calculó el promedio sumando el total general en minutos divididos entre el número de encuestas.

En algunos rubros los totales superan el 100% lo que se explica por el hecho de que algunos pacientes contestaron como válido más de 1 opción.

A continuación se describen los hallazgos expresados en porcentaje y posteriormente se expondrán en gráficas para una percepción visual de los mismos.

Edad:

El promedio de edad fue de 31 años (15 mínimo y 85 máximo).

Sexo:

Un total de 65.4% (74 pacientes) fueron mujeres y un 34.6% (39 pacientes) fueron hombres.

Tiempo de espera:

El tiempo total de espera fue de 15 594 minutos lo que dividido entre el número total de pacientes arrojó un promedio de 138 minutos (El tiempo de espera fue de 2 horas 18 minutos en promedio).

Consideración del tiempo de espera:

En cuanto al tiempo de espera el 6% lo consideró Excelente, el 43% Bueno, el 35% Regular y 19% Malo.

En cuanto a la facilidad para obtener una cita:

El 95% considera que es fácil obtener una cita con el médico en comparación con el 5% que considera lo contrario.

Sobre si el médico le permitió hablar de su enfermedad:

El 97% considera que el médico sí le permitió hablar sobre su enfermedad en comparación con el 3% que no lo consideró así.

Sobre si recibió información suficiente sobre su enfermedad:

El 94% considera que recibió información suficiente con respecto a su enfermedad en contraste con el 6% que no lo consideró así.

Sobre si el médico puso atención a sus molestias:

El 96% considera que el médico le puso atención a sus dolencias en comparación con el 4% que no lo consideró así.

Sobre si el médico le realizó exploración física:

El 99% de los pacientes fue revisado por el médico y solamente en el 1% de los casos no fue así.

Sobre si recibió información con respecto a su padecimiento actual:

El 98% refiere que el médico le explicó su padecimiento en contraste con el 2% que no lo consideró así.

Sobre si recibió instrucciones claras sobre su tratamiento:

El 98% considera que recibió instrucciones claras sobre su tratamiento y solo el 2% no lo consideró así.

Sobre si le informó con respecto a la fecha de su próxima cita:

El 99% recibió instrucciones sobre si tenía que regresar a consulta y solamente 1% no lo refirió así.

Sobre la percepción de haber sido atendida el tiempo suficiente:

El 98% considera que el médico le dedicó el tiempo suficiente en su consulta en comparación con el 2% que no lo consideró así

Sobre la percepción con respecto a la preparación profesional del médico:

El 100% de los pacientes considera que el médico esta bien preparado para atenderlo.

Sobre la percepción con respecto a la preparación profesional de la enfermera:

El 99% de los pacientes considera que la enfermera esta bien preparada para atenderlos en comparación con el 1% que no lo considera así.

Sobre si tuvo privacidad durante su atención médica:

El 90% considera que tuvo privacidad durante su consulta médica y el 10% no se consideró cómodo con la privacidad que tuvo durante su atención.

Con respecto al trato personal del médico:

En cuanto el trato del médico el 49% lo considera Excelente, 50% Bueno, 4% Regular y 1% Malo.

Con respecto al trato personal de la enfermera:

Con respecto al trato por parte de enfermería el 50% lo considera Excelente, 49% Bueno, 0% Regular y 2% Malo.

Con respecto al trato personal del personal de farmacia:

Con respecto al trato por parte del personal de farmacia el 45% lo considera Excelente, 45% Bueno, 8% Regular y 2% Malo.

Sobre el tiempo de espera para recibir medicamentos en farmacia:

El promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos fue de 10 minutos.

Con respecto a la obtención de los medicamentos prescritos:

En cuanto la entrega de medicamentos prescritos por el médico un 42% refirió que sí surtió toda su receta, un 23% refirió que no recibió medicamentos en farmacia y un 35% refirió haber recibido algunos de los medicamentos que se le indicaron.

Con respecto a la limpieza del hospital en general:

Con respecto a la limpieza del hospital en general el 20% la considera Excelente, un 40% Buena, un 35% Regular y un 7% Mala.

Con respecto a la limpieza de los sanitarios públicos:

Con respecto a la limpieza de los sanitarios del hospital un 19% la considera Excelente, un 35% Buena, un 40% Regular y un 6% Mala.

Con respecto a la apreciación de la calidad de la atención por parte del médico:

Con respecto a la pregunta directa sobre si percibió que recibió atención de calidad por parte del médico un 98% lo consideró afirmativamente y solamente un 2% lo consideró negativamente.

Con respecto a la apreciación de la calidad de la atención por parte de la enfermera:

Estas mismas cifras se documentaron con respecto a la atención recibida por parte de enfermería (98% y 2% respectivamente).

Con respecto a la apreciación general de la atención médica:

A la pregunta sobre como percibía la atención en general un 5% la considera Excelente, un 92% Buena, un 5% Regular y 0% Mala.

Con respecto a quien cree el paciente que debe mejorar mayormente:

En cuanto a la percepción sobre quien debe de mejorar mayormente con respecto al médico, la enfermera u el Hospital, los encuestados consideran que quien más debe de mejorar es el Hospital (con un 95%) después el Médico (con un 5% de las respuestas) y después la Enfermera (con un 3% de las respuestas).

Para conocer el promedio de asistencia al centro de atención:

Con respecto a la frecuencia de asistencia de los pacientes al Hospital el 9% refiere asistir una vez por semana, el 69% asiste una vez al mes, el 18% lo hace dos o tres veces al año, el 3% una vez al año y solamente un 2% contesto "casi nunca".

Con respecto a la percepción sobre la presión para contestar el cuestionario:

Con respecto a la percepción de sentirse presionado al momento de llenar el cuestionario un 99% contesto que no y solamente un 1% lo hizo afirmativamente.

CONCLUSIONES

Se destacan algunos puntos importantes de los resultados:

La gran mayoría de los pacientes fueron mujeres.

El promedio de edad de los pacientes fue de 31 años.

El tiempo de espera fue mucho mayor a lo establecido como ideal estándar (menos de 50 minutos para unidades rurales según los estándares de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en sus Indicadores de Primer Nivel para población rural) siendo este de más del doble de lo permitido.

A pesar de recibir la atención médica después de un prolongado tiempo de espera (casi el triple de lo estipulado como estándar aceptable) el 49% de los pacientes lo considera excelente o bueno (es decir; aceptable).

Los indicadores con respecto a la facilidad para obtener una cita con el médico, el poder hablar de su enfermedad con el médico, la información recibida, la atención prestada, la exploración física, la explicación de su enfermedad, instrucciones con respecto al tratamiento y al seguimiento, el tiempo dedicado a su consulta por parte del personal de salud y la preparación del médico y la enfermera tuvieron valores de aceptación por arriba del 95%.

El 10% de los pacientes refirió no haber tenido privacidad suficiente durante su consulta médica.

Casi el 100% percibió un trato adecuado (excelente o bueno) por parte del médico y la enfermera.

Un 90% consideró un trato aceptable (excelente o bueno) en cuanto a la atención de la farmacia, con tiempos de espera de 10 minutos o menores.

En cuanto al surtimiento de medicamentos, solamente un 42% refirió haber recibido todos sus medicamentos, muy por debajo del 95% o más esperado según el indicador estándar

Un 42% de la población considera que la limpieza del hospital en general es no aceptable (regular o mala) y hasta un 46% desaprueba (regular o mala) la limpieza de los baños.

A pesar de todo esto, un 98% de la población considera que recibió una Atención de Calidad por parte del médico y de enfermería, expresándola hasta en un 97% como excelente o buena.

A pesar de tener una satisfacción cercana al 100%, a la pregunta expresa de sobre quien debería mejorar más destaca el hecho de que un 95% de la población considera que quien debe de mejorar es el Hospital en comparación con un 5% y un 3% de los Médicos y las Enfermeras respectivamente.

La mayoría de los pacientes (casi un 70%) asisten por lo menos una vez al mes a recibir atención médica.

Según la percepción de los pacientes que acuden a recibir atención medica al Hospital Rural de Solidaridad No. 15 del IMSS en Charcas, San Luis Potosí puede expresarse que según el grado de satisfacción, es adecuada la atención recibida (definido como una aprobación de más del 94%) lo que se traduce según su percepción, que se está recibiendo una Atención de Calidad.

Es evidente en este trabajo lo que se expuso desde la introducción de este proyecto: al ser la población de estudio parte de un estrato socioeconómico bajo (medio rural), esta percibe que mientras tengan atención médica continua pueden "atenuarse" algunas faltas a los parámetros establecidos como

adecuados. Es decir, la gente de las comunidades rurales suelen no ser "tan exigentes" con respecto a las condiciones de su atención médica.

La población que acude a recibir atención médica al Hospital Rural de Oportunidades No. 15 del IMSS en Charcas, SLP, esta satisfecho con respecto a la percepción de la Calidad de la Atención de su Salud.

Según se puede comprobar en los Indicadores de Primer Nivel establecidos como parámetros de evaluación por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud existen algunos estándares que no se están cumpliendo (entrega de medicamentos, tiempo de espera, limpieza de instalaciones) en la atención a los pacientes de esta comunidad rural, lo que deberá motivar una toma de decisiones basadas en datos e implementar un programa de mejoras para corregirlos.

BIBLIOGRAFIA

1. Guajardo, Garza E. Administración de la Calidad. Ed. PAX México, 1996
2. Blumenthal D. Part 1. Quality of care: what is it? N Engl J Med. 1996;335(12):891-894.
3. Millenson ML. Demanding Medical Excellence. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1999:30.
4. Kessner, D.M., Kalk,C.E., Singer,S. ;Assessing health quality. The Case for tracer. The New England Journal of medicine 1973;288(4):189-194.
5. Blumenthal D. Quality of health care, part 5: the origins of the quality-of-care debate. N Engl J Med. 1996;335(15):1146-1149.
6. Ishikawa, Kaoru; ¿Qué es el control total de la calidad?. Grupo Editorial Norma. 1993.
7. Harrington SH. Mejoramiento de los procesos de la empresa Mcgraw-Hill, interamericana S.A. Santa Fé Bogotá, Colombia.1993.
8. Chassin MR. Quality of health care, part 3: improving the quality of care. N Engl J Med. 1996;335(14):1060-1063.
9. Walton M. Como administrar con el método Deming. Editorial Norma, Bogotá, Colombia, 1988.
10. Cohen JJ. Higher quality at lower cost: maybe there is a way. Acad Med. 1998;73(4):414.
11. Donabedian A. La calidad de la atención médica definición y métodos de evaluación. Editorial la prensa médica mexicana, S.A. México,1984.
12. Blumenthal D, Epstein NM. Quality of health care, part 6: the role of physicians in the future of quality management. N Engl J Med. 1996;335(17):1328-1331.
13. Donabedian, A. Defining measuring the quality of health care. En. Assessing quality health care. Perspectives for clinicians. Edited by Richard P. Wenzel, Williams Ana Wilkinns. Baltimore Maryland, 1992.

14. Lohr KN, Donaldson MS, Harris-Wehling J. Medicare: a strategy for quality assurance, V: quality of care in a changing health care environment. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(4):120-126.
15. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. The milbank memorial found quarterly 1996; 44: 166-203.
16. Berwick DM. Quality of health care, part 5: payment by capitation and the quality of care. N Engl J Med. 1996;335(16):1227-1231.
17. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública. Instituto nacional de salud pública Cuernavaca, Mor. México, 1992.
18. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care, part 2: measuring quality of care. N Engl J Med. 1996;335(13):966-970.
19. Donabedian A. Criteria, norms and standars of quality: ¿What do they mean?; American journal public health 1981;71:409-412.
20. Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad, Salud pública mex 1993;35:326-331.
21. Gilmore MC. Demoraes-noudes H. Manual de gerencia de la calidad; Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1996
22. Ruelas BE, Querols. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. Primera edición, México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994, Pp. 5A-56
23. Ruelas, B.E. Programa de mejora continua de la calidad de la atención médica (material didáctico) Qualimed, S.A. DE C.V. México 1998.
24. Reyes-Zapata H, Meléndez-Colindres V, Vidal-Pineda LM. Historia del programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. Salud Publica Mex 1990; 32:232-242.
25. Martínez RA y cols. Comunicación + Participación = Calidad cuaderno de divulgación científica No. 19, Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), Sección III Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México. Abril de 1999.

26. Martínez G. La planeación estratégica y administración por procesos.
Programa IMSS 1996-2000 Instituto Mexicano del Seguro Social 1995 Pp.
173-186.

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

(Protocolo de investigación)

Este cuestionario es **anónimo y voluntario**.

Instrucciones:

Favor de escribir la fecha y su edad y contestar con una **X** sobre la línea que refleje mejor su respuesta con respecto a la atención que ha recibido.

Una vez que termine de llenarlo favor de depositarlo en el contenedor de recolección

Muchas gracias por su participación.

Ejemplo:

1 **Usted habla español** Si No

La fecha de hoy: _____

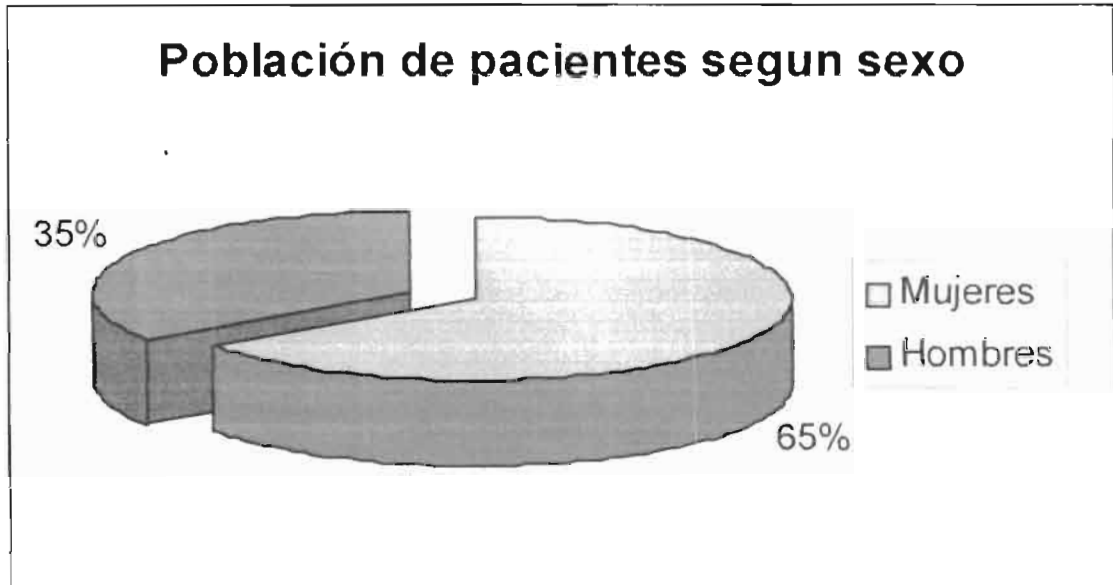
1. Usted tiene _____ años (su edad)
2. Usted es. Hombre Mujer
3. Es Usted. Paciente Familiar
4. Cuanto tiempo esperó para ser atendido. Horas: _____ Minutos: _____
El tiempo de espera le parece. Excelente Bueno Regular Malo
5. Es fácil obtener una cita con el medico. Si No
6. El médico le permitió hablar de su enfermedad. Si No
7. Recibió información suficiente sobre su enfermedad. Si No
8. El médico le puso atención a sus dolencias. Si No
9. El médico lo revisó. Si No
10. El médico le explicó lo que tenía. Si No
11. Recibió instrucciones claras sobre su tratamiento. Si No
12. Le dijo si tenía que regresar. Si No
13. Cree Usted que el médico le dedicó el tiempo suficiente. Si No
14. Cree que el medico esta bien preparado para atenderlo. Si No
15. Cree que la enfermera esta bien preparada para atenderlo. Si No
16. Tuvo privacidad durante su consulta. Si No
17. Como fue el trato del médico. Excelente Bueno Regular Malo
18. Como fue el trato de la enfermera. Excelente Bueno Regular Malo
19. Como fue el trato de Farmacia. Excelente Bueno Regular Malo
20. Cuanto tiempo tardó en recibir sus medicinas. Horas. _____ Minutos. _____
21. Pudo obtener las medicinas recetadas. Si No Algunas
22. Como es la limpieza del hospital en general. Excelente Buena Regular Mala
23. Como es la limpieza de los baños. Excelente Buena Regular Mala
24. Usted cree que recibió atención de calidad por parte del médico. Si No
25. Usted cree que recibió atención de calidad por parte de la enfermera. Si No
26. En general como ve la atención. Excelente Buena Regular Mala
27. Quien cree que debe mejorar mas: Médico Enfermera Hospital
28. Usted acude al hospital: Una vez a la semana _____
Una vez al mes _____
Dos o tres veces al año _____
Una vez al año _____
Casi nunca _____
29. Se sintió presionado al llenar este cuestionario. Si No

Cuales serían sus sugerencias para mejorar el servicio: _____

ANEXO 2
GRAFICAS

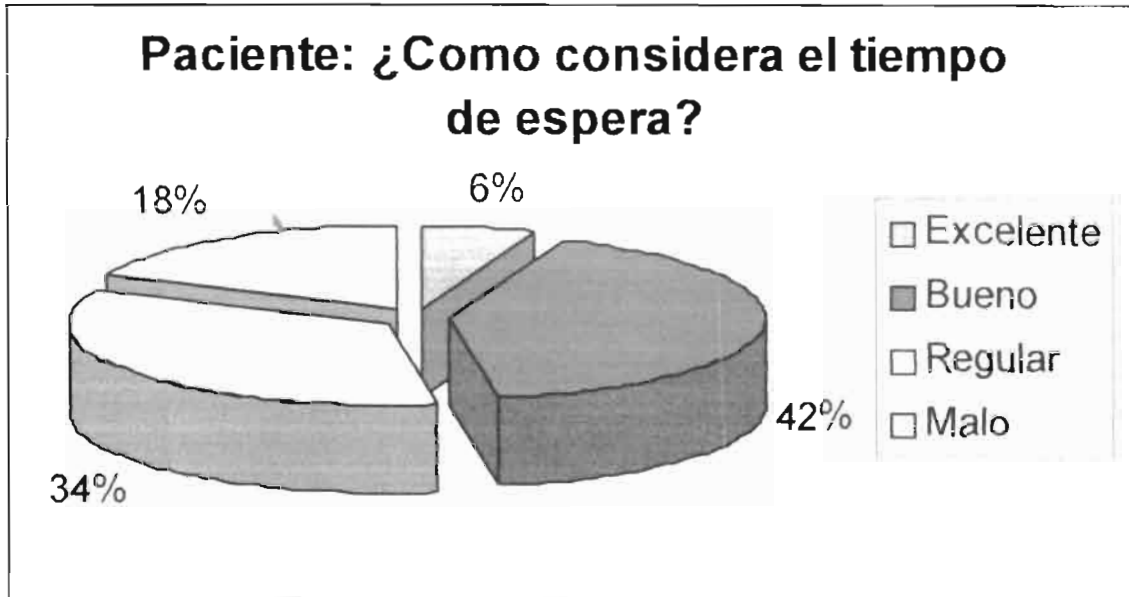
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



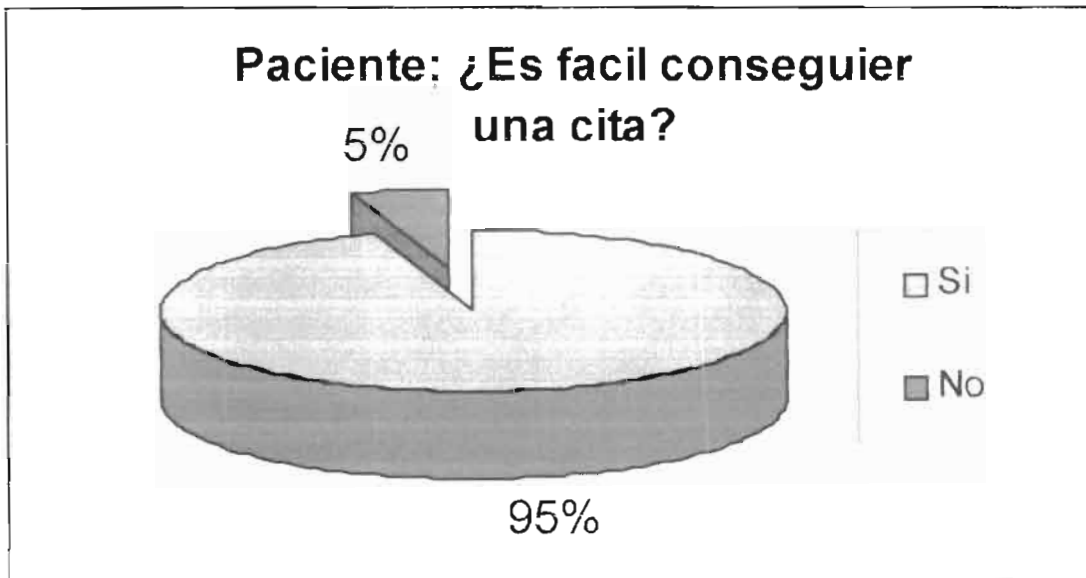
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



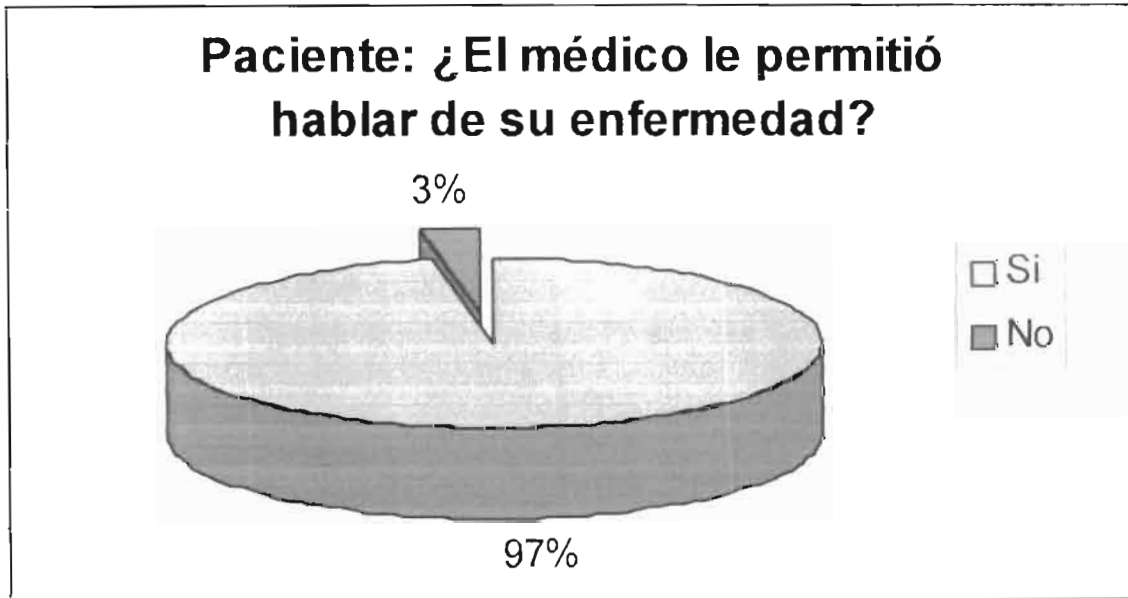
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



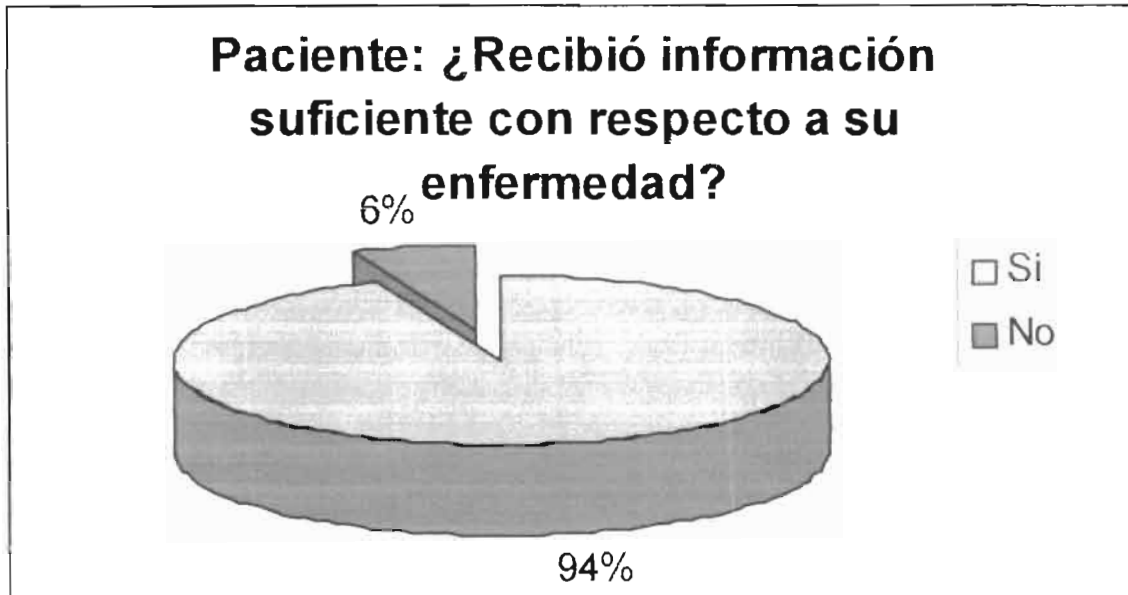
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



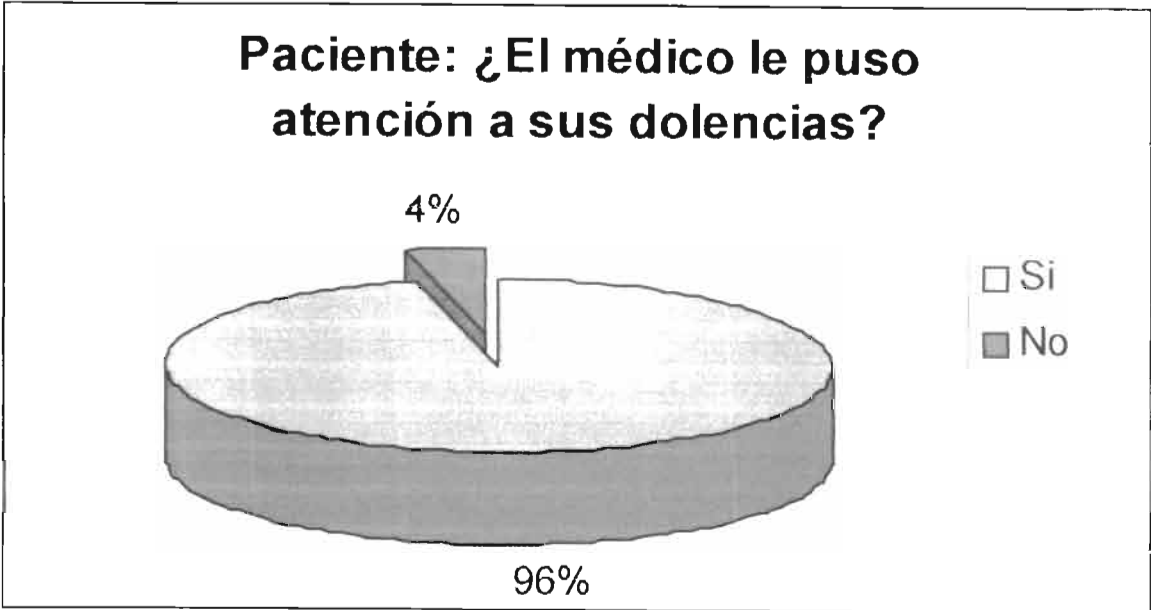
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



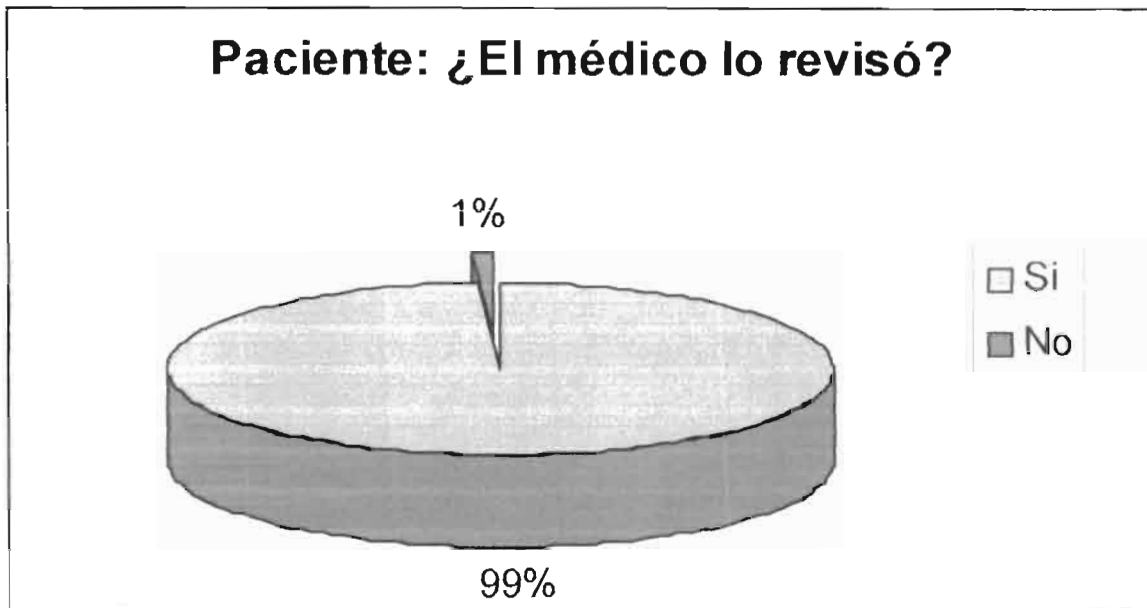
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



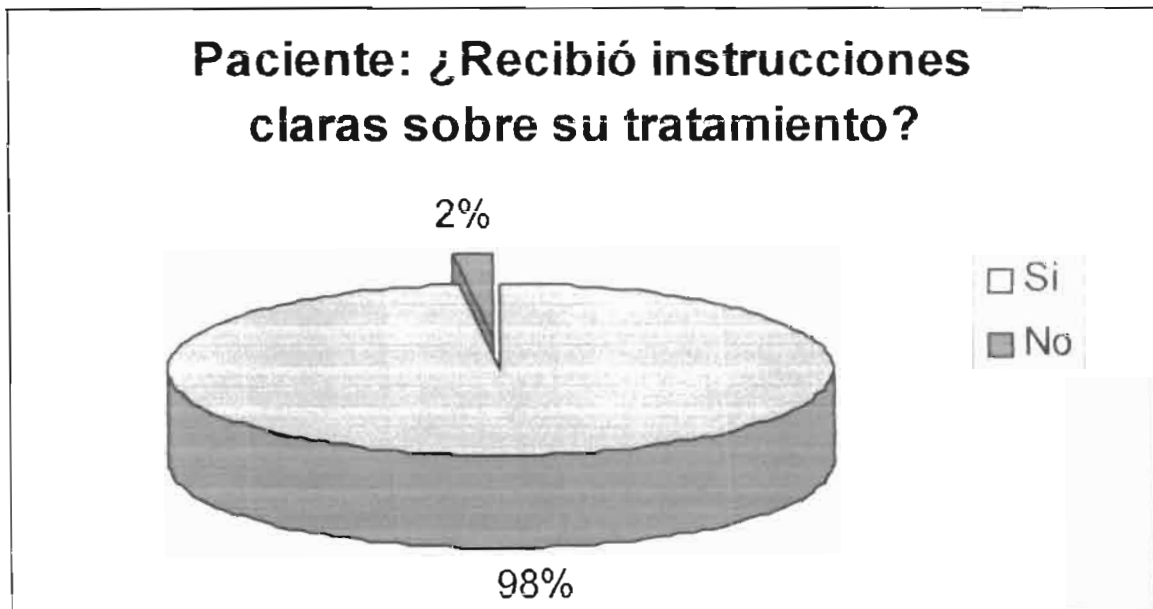
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



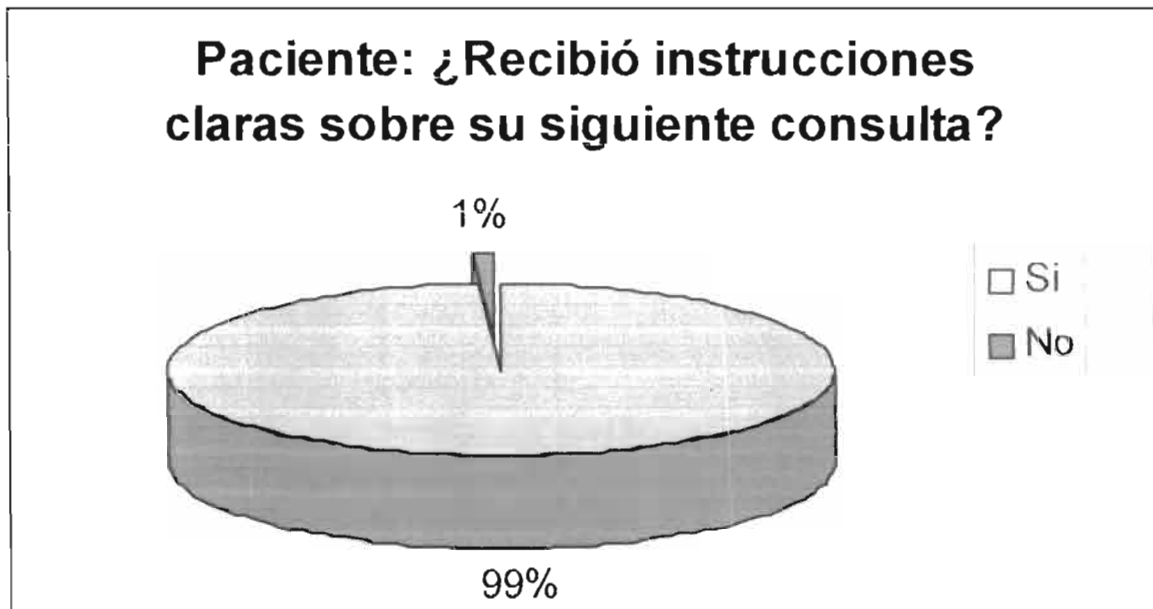
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



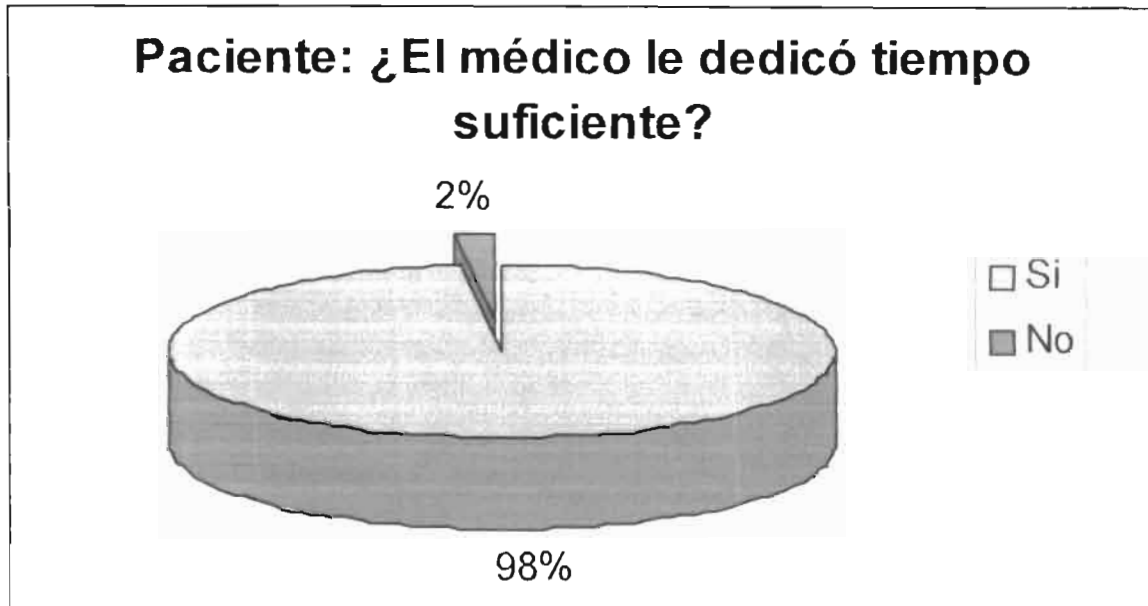
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



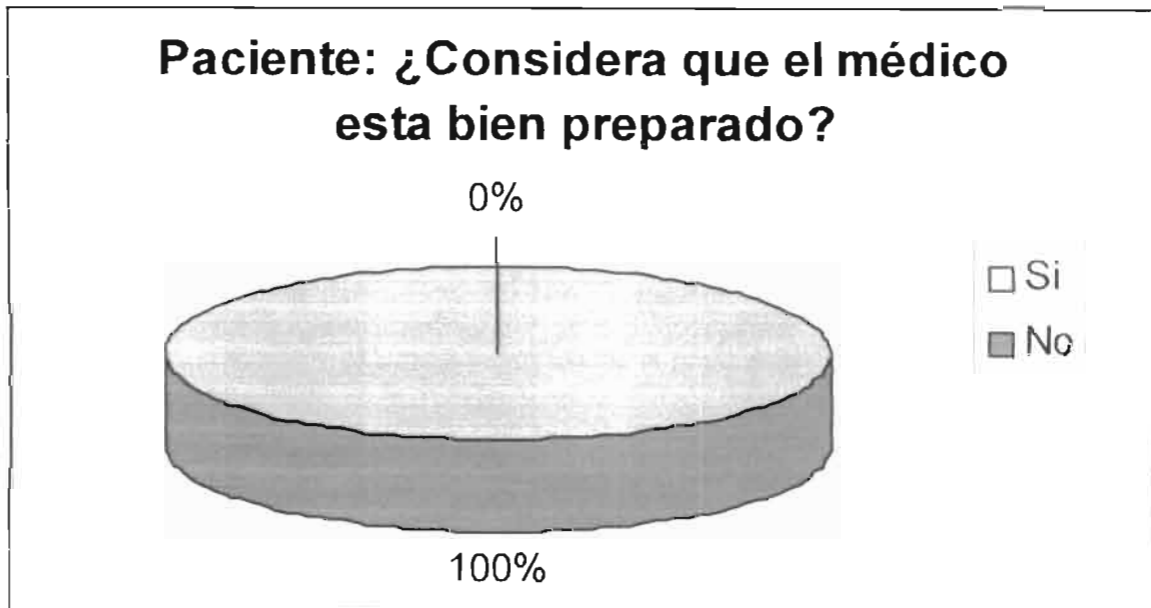
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



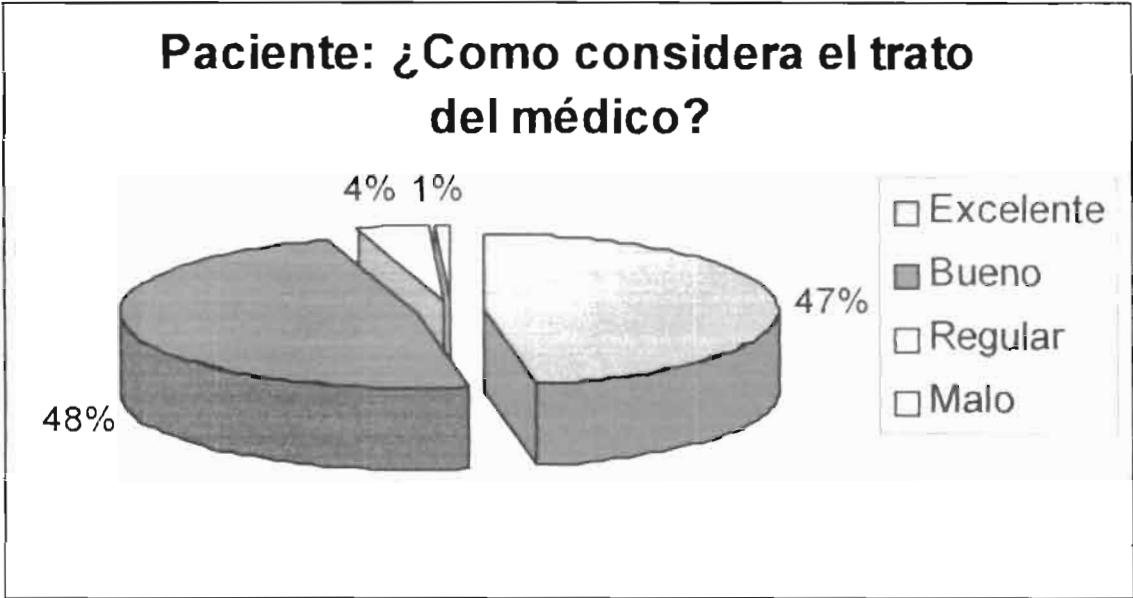
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



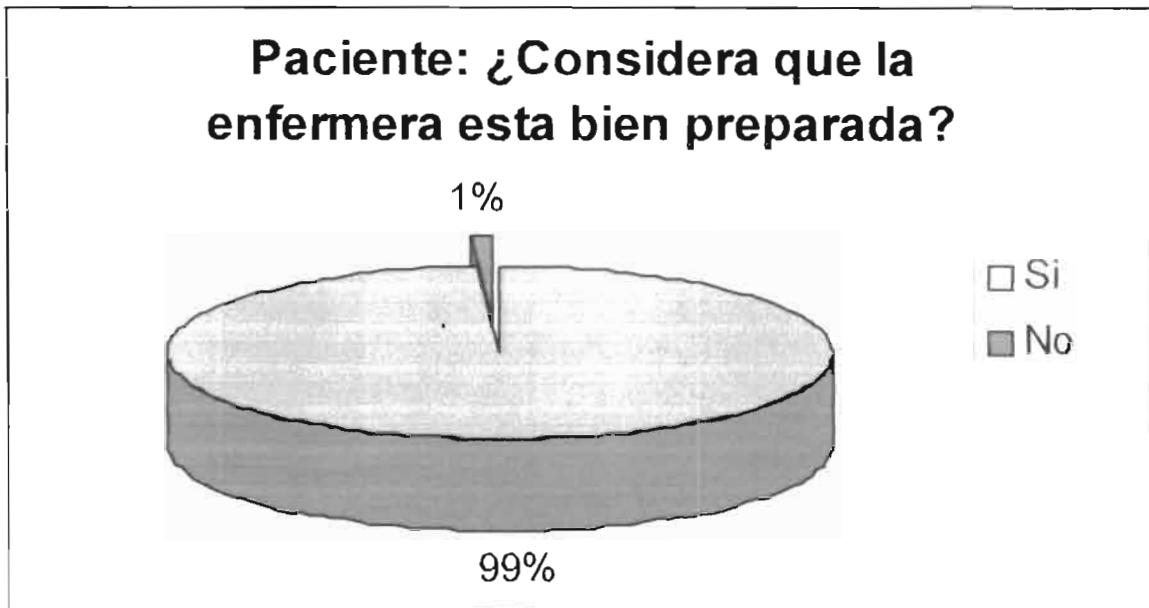
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



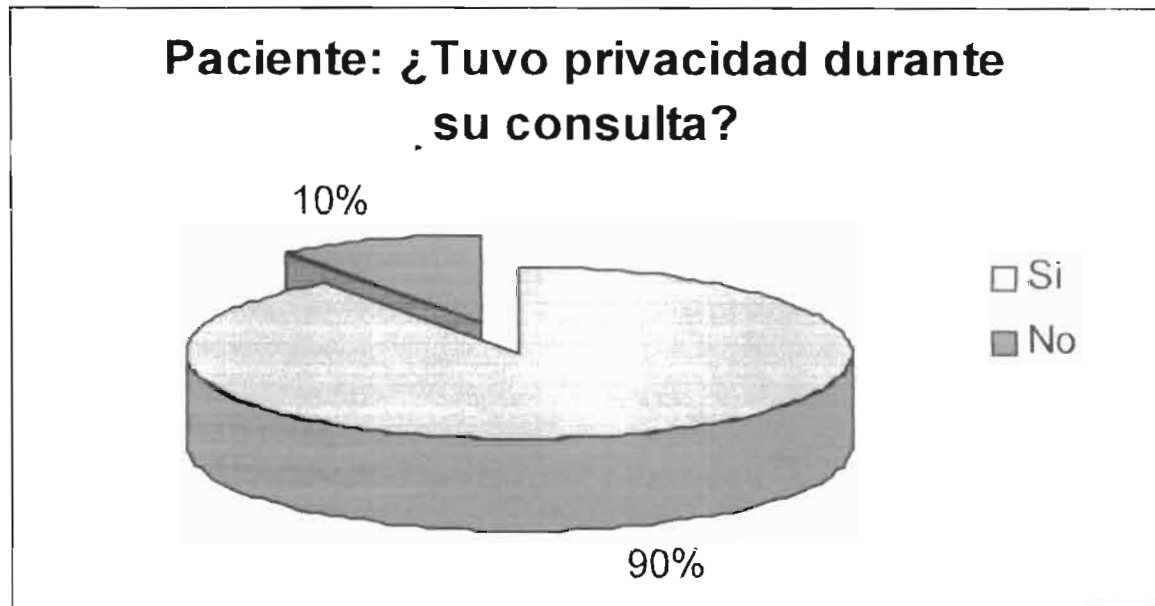
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



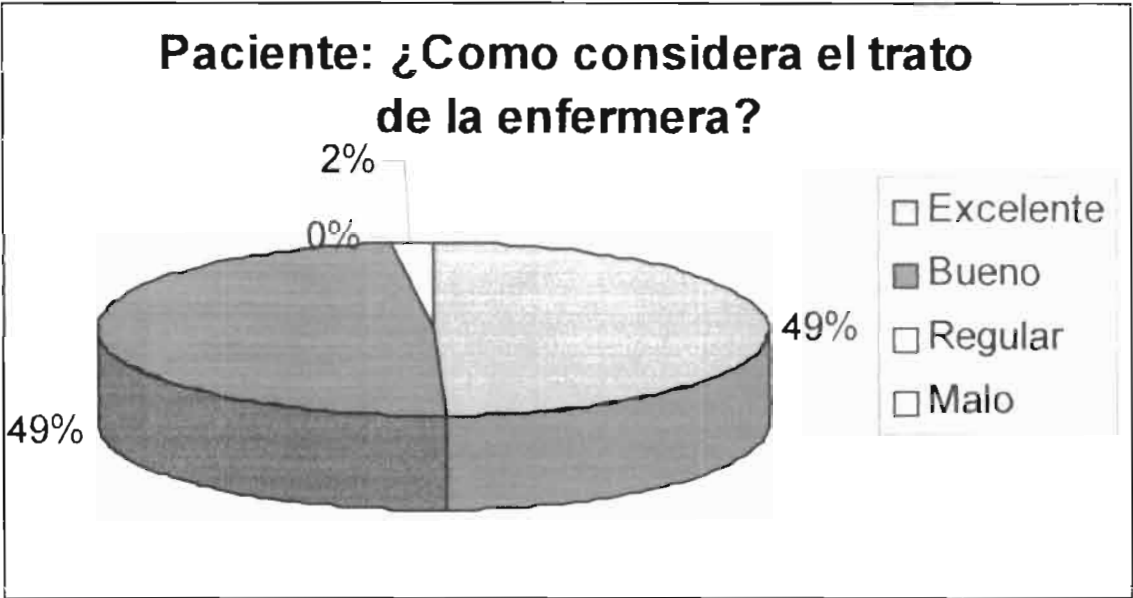
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



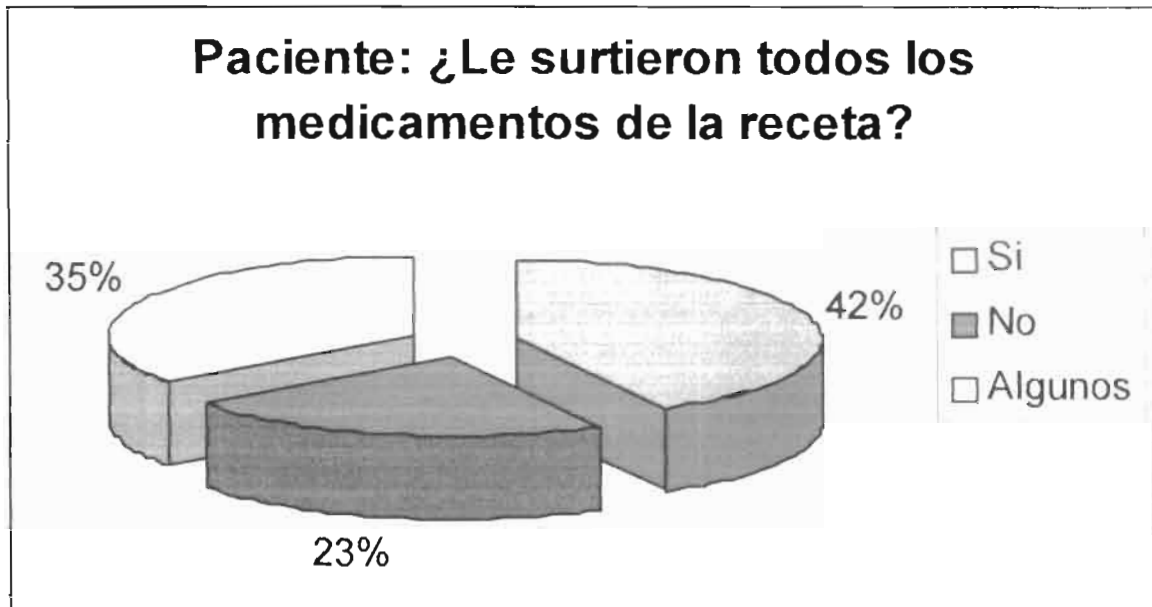
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



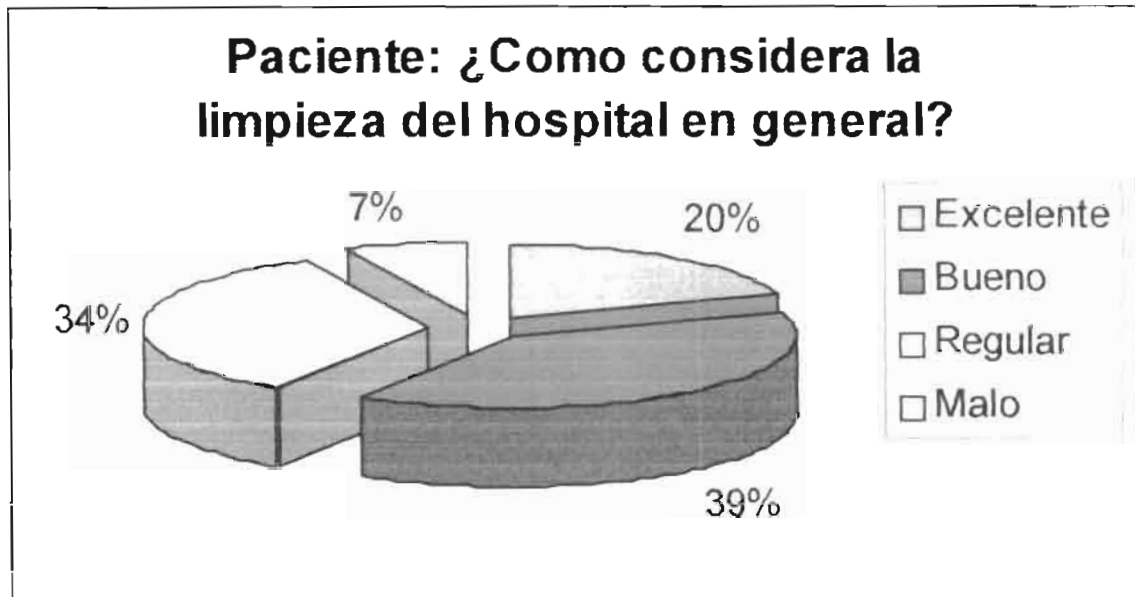
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



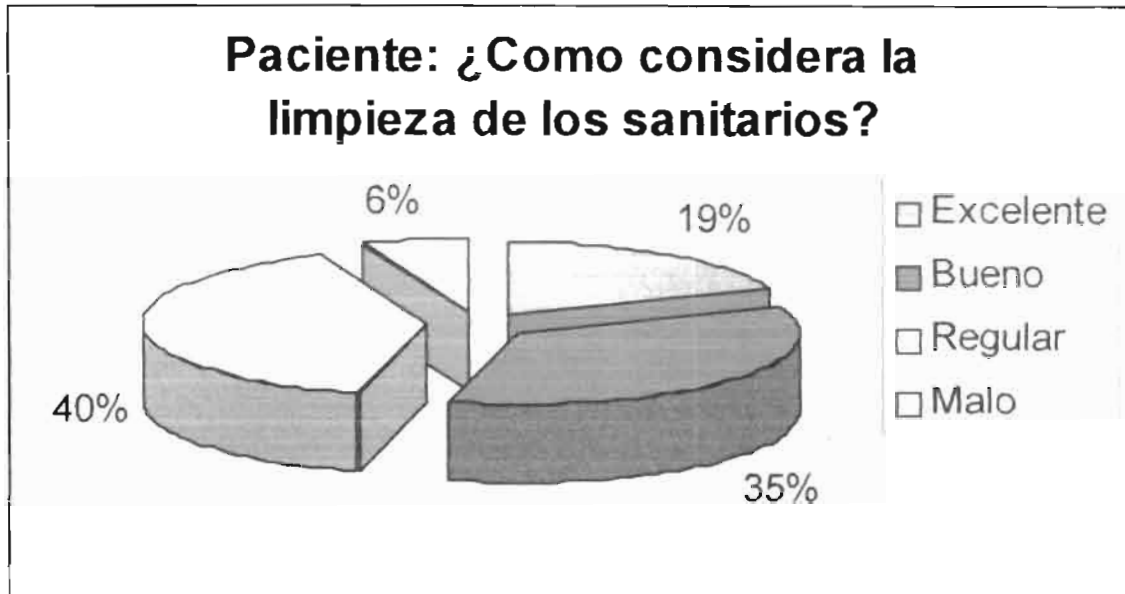
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



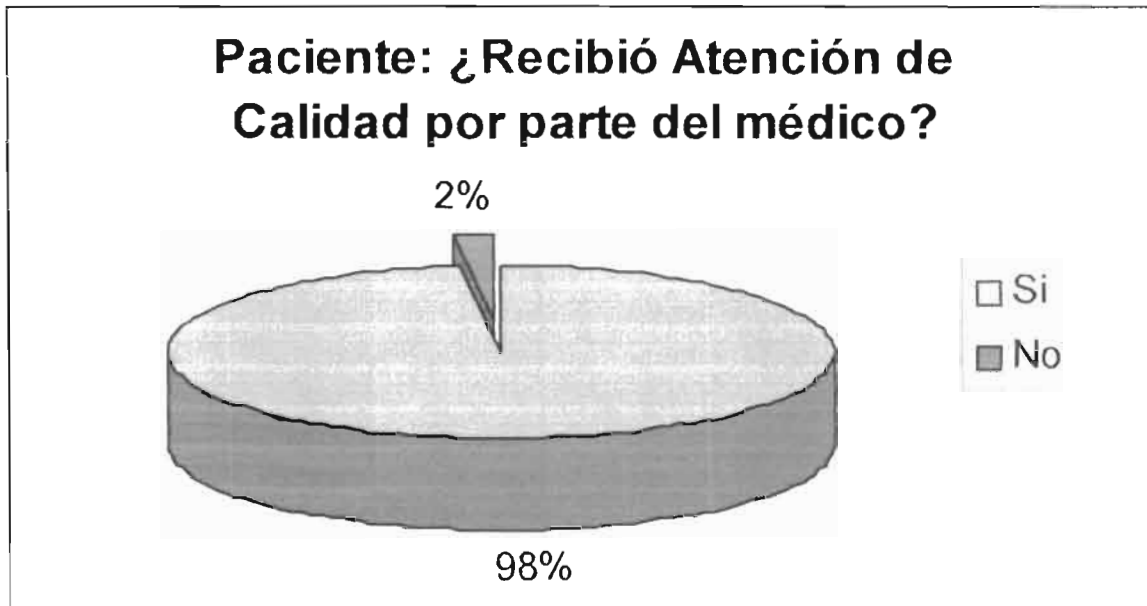
GRAFICAS

FUENTE. CUESTIONARIO



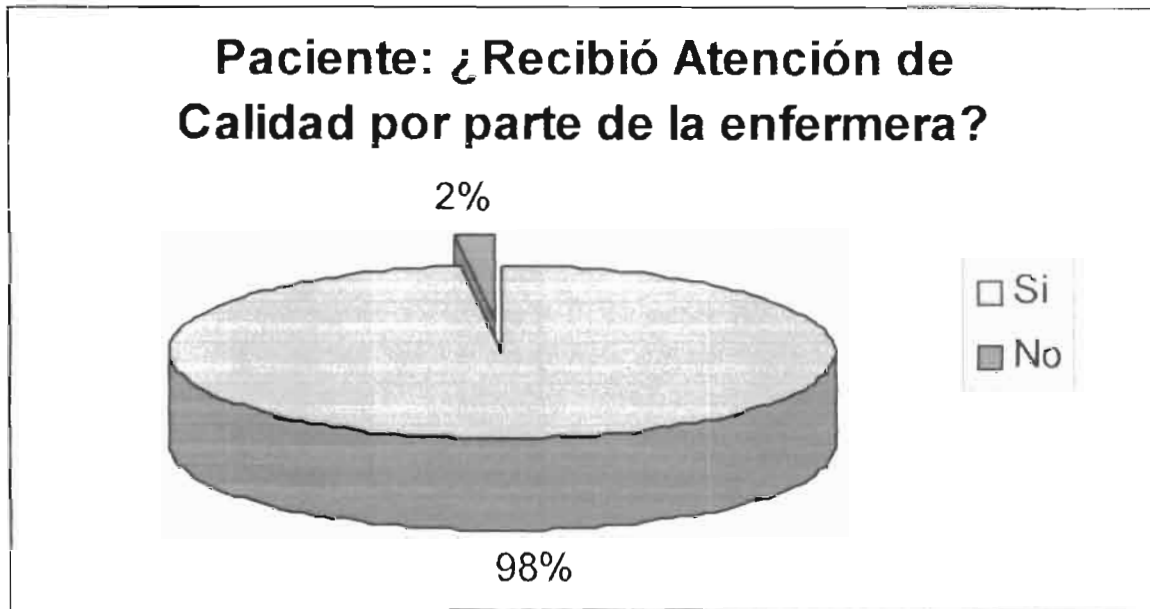
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



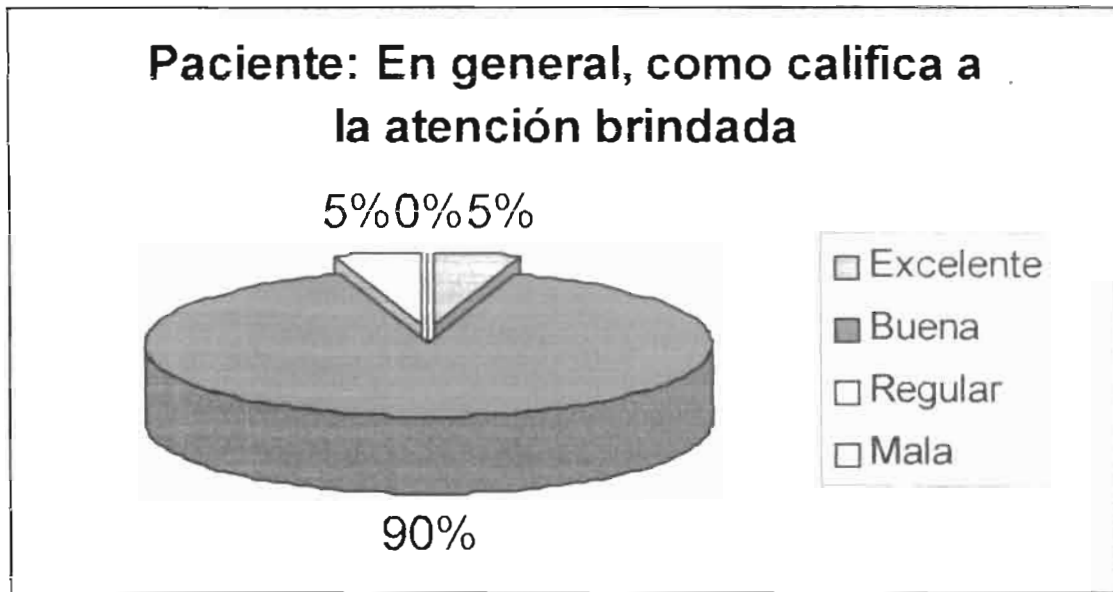
GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO



GRAFICAS

FUENTE: CUESTIONARIO

