



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**Factores de Insatisfacción de los usuarios que ingresan
al área de Observación Transitoria del Servicio de
Urgencias Adultos del Hospital Regional
Lic. Adolfo López Mateos**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS**

PRESENTA

CRYSTIAN HUGO SANTOS GONZÁLEZ

**DIRECTORA DE TESIS
M. EN C. EVANGELINA MUÑOZ SORIA**

México, D. F.

Enero 2010

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por enseñarme el camino hacia el éxito, por inculcarme grandes valores y respecto hacia los demás, así como hacerme creer en mi mismo y siempre insistiendo en que no hay límites par mí.

A mi Madre por su lucha incansable por hacer de mí lo que ahora soy, una persona de bien y no solo de mí si no también de mis hermanos, a ella mis mas sinceros y queridos agradecimientos.

A mis hermanos por apoyarme moralmente y confiar en mí, y perdonar mi ausencia lejos de ellos.

A mis compañeros de trabajo y hermanos de la residencia, Mario López, Enrique Chávez y Héctor Ávila, gracias por compartir conmigo todos los buenos y malos momentos que de inicio tuvimos.

Al Dr. Enrique Alguero por enseñarme lo que ahora sé de medicina, así como la preocupación por cada uno de los integrantes esta Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas.

A la Maestra en Ciencias Evangelina Muñoz Soria, por su apoyo y participación en la realización de este trabajo, al guiarme y aconsejarme para poder concluir este trabajo.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Agradecimientos ----- | 1 |
| Índice ----- | 2 |
| Relación de cuadros y graficas ----- | 3 |
| Glosario ----- | 4 |
| Abreviaturas ----- | 5 |
| Resumen ----- | 6 |
| Summary ----- | 8 |
| Introducción ----- | 10 |
| Antecedentes ----- | 12 |
| Justificación ----- | 28 |
| Objetivos ----- | 29 |
| Material y métodos ----- | 30 |
| Resultados ----- | 32 |
| Discusión ----- | 37 |
| Conclusiones ----- | 38 |
| Recomendaciones para trabajos futuros ----- | 38 |
| Bibliografía ----- | 39 |

RELACION DE CUADROS Y GRAFICAS

Grafica 1 -----32

Grafica 2-----33

Grafica 3-----33

Tabla 1-----34

Tabla 2-----34

Grafica 4-----34

Grafica 5-----35

Grafica 6-----36

GLOSARIO

Satisfacción: cumplimiento de una necesidad deseo, pasión, etc.

Calidad: propiedad o conjunto inherentes a una cosa o persona que permiten apreciarla con respecto al restante de su especie.

Oportunidad: momento propicio para algo

Inconformidad: oposición, desacuerdo, falta de conformidad.

Equidad: cualidad que mueve a dar a cada uno lo que merece

Amabilidad: complacencia

Satisfacción: alegría, placer, gusto

Insatisfacción: falta de satisfacción

Calidad de la atención: otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.

Atención oportuna: otorgar atención en el momento que el paciente lo requiera.

ABREVIATURAS

Lic.: licenciado

HGRLALM: hospital general regional licenciado Adolfo López Mateos

ONG: organización no gubernamental

EC: eventos centinelas

APN: atención prenatal

JAP.-Junta de Asistencia Privada

L.G.S.- Ley General de Sanidad

CS.- Centro de salud

DDF.-Departamento del Distrito Federal

PEA.-población económicamente activa

IO.- Investigación de Operaciones

HTS.-Hospital del Trabajador de Santiago

RESUMEN

Con el objeto de mejorar la calidad de la atención es necesario establecer mecanismos de comunicación y evaluación entre los diferentes prestadores de servicios que permitan analizar y buscar soluciones, de manera conjunta, a la problemática de los servicios. En este sentido muchos de los entrevistados mostraron gran entusiasmo con el estudio por percibir que era la primera vez que se les preguntaba su opinión sobre los problemas del servicio.

Existe una urgente necesidad de garantizar que los insumos necesarios para la operación de los servicios lleguen con oportunidad y suficiencia a los mismos. Mientras no disminuya la precariedad real de los servicios, no cabe esperar mejoras en otros rubros.

Finalmente, es necesario continuar con la investigación sobre el problema de la utilización de los servicios. Es particularmente urgente llevar a cabo estudios para caracterizar las condiciones de trabajo que tienen los prestadores de servicios en cada una de las principales instituciones de salud, con miras a desarrollar análisis comparativos que permitan a las diversas instituciones beneficiarse a partir del conocimiento de sus propias fortalezas y debilidades en relación con las demás. La investigación en esta línea también permitirá comparar las percepciones que tienen los prestadores de servicios sobre sus condiciones de trabajo, con mediciones estandarizadas sobre las características de las mismas. Es claro que los programas de reforma de los servicios de salud no podrán alcanzar los resultados esperados en términos de incremento de la calidad y de la eficiencia si no se atiende a las condiciones objetivas de trabajo de los prestadores de servicios y a lo que ellos piensan de su propio ejercicio profesional; en ese sentido, este trabajo constituye un primer aporte.

Se plantea realizar un Estudio, observacional en donde se evaluará el tipo de inconformidad que resulto del área de observación transitoria de urgencias adultos, se aplicará un instrumento de medición el cual será un cuestionario, que

se realizara a los pacientes ingresados en el área de observación transitoria de urgencias adultos.

Estará constituida por los pacientes ingresados al servicio de urgencias adultos del hospital Lic. Adolfo López Mateos, se recolectaran las inconformidades del paciente, padre o tutor del paciente que perciba la inconformidad así como los familiares del paciente que no puedan comunicarse verbalmente, que perciban inconformidad.

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son los factores por los cuales los pacientes refieren insatisfacción en el servicio de observación transitoria para establecer programas de mejoría en el servicio.

Analizados los resultados de las encuestas, podemos observar uno de los aspectos mal valorados por los usuarios en el servicio de urgencias es la falta de confortabilidad, el observar a los profesionales “haciendo cosas diferentes que atender a los pacientes”, la gran conglomeración de pacientes, intercalados hombres con mujeres que ocasiona la pérdida de la intimidad, así como la imposibilidad de acompañamiento familiar salvo casos excepcionales, lo que califican como una prestación de atención desigual; otro parámetro mal calificado es el tiempo de demora percibido y no el real, lo que se relaciona con la insatisfacción del usuario, siendo lo más positivamente valorado, la amabilidad en la atención por parte del médico tratante y la enfermera.

La inconformidad más valorada por los encuestados fue la poca o nula confortabilidad de su estancia en el servicio de observación transitoria, por lo que la adaptación de más sillones reposit en lugar de sillas rígidas y bancos metálicos resolvería de manera significativa dicha inconformidad.

Puesto que el tiempo percibido de espera y no el real se relaciona con la insatisfacción del usuario, los resultados indican la obligatoriedad de dinamizar dichos tiempos que acorten esa espera.

SUMMARY

In order to improve the quality of care it is necessary to establish mechanisms of communication and evaluation between different service providers to analyze and seek solutions together, to the problems of services.

In this sense many of those interviewed expressed enthusiasm for the study feel that was the first time that asked their views on service issues. There is an urgent need to ensure that the necessary inputs for the operation of the services to reach a timely and sufficient to them. While no decline in the real precariousness of the services, not expected improvements in other areas.

Finally, it is necessary to continue research on the problem of the use of services. It is especially urgent to carry out studies to characterize the working conditions that are service providers in each of the major health institutions in order to develop comparative analysis to enable the various institutions to benefit from knowledge of their own strengths and weaknesses in relation to the others. Research in this line also will compare the perceptions of service providers about their working conditions, with standardized measurements of the characteristics of them. It is clear that the reform programs of health services may not achieve expected results in terms of increased quality and efficiency if not attended to the objective conditions of work of service providers and what they think of his own practice in that sense, this work represents a first contribution.

We performed a study, observational assess where the kind of discontent that resulted in the observation area emergency transitional adults, apply a measurement tool which will be a questionnaire, which was performed on patients admitted to the observation area emergency transitional adults. Shall consist of patients admitted to the emergency hospital adult Lic Adolfo López Mateos, disagreements were collected from the patient, parent or guardian of a patient who receives the grievance and the patient's family who can not communicate verbally perceived grievance. The desired effect to know what are the factors by which patients report dissatisfaction in the service of temporary observation to establish

programs for improved service which will continue the following steps for the sample size.

Analyzed the survey results, we see one of the poorly valued by the users in the emergency department is the lack of comfort, the look to the professionals "doing different things to attend to patients," the great conglomeration of patients women men interspersed with resulting loss of privacy, and the impossibility of accompanying family member except in special cases which they describe as a benefit unequal attention, another underrated parameter is the time delay perceived and not real as they relate to the user dissatisfaction, and the most positively valued the kindness of care by the physician and the nurse.

The grievance most valued by respondents was little or no comfort of your stay in the temporary monitoring service, so more reposit adapting chairs instead of rigid metal banks significantly solve the disagreement. Since the perceived waiting time and not the real dissatisfaction is related to the user, the results indicate the requirement to boost those which shorten the waiting time.

INTRODUCCION

La insatisfacción y quejas de los ciudadanos con los servicios médicos que se otorgan en la medicina socializada, es con los servicios de urgencias, siendo más importante los aspectos de oportunidad, trato, comunicación, y la equidad de estos servicios.

En el servicio de urgencias adultos del Hospital General Regional Adolfo López Mateos (HGRALM) se atienden cerca de 100 000 pacientes al año, de los cuales se ingresan a áreas de observación cerca de 32 000, el servicio cuenta con tres áreas operativas: área roja para pacientes críticos, con 20 camas, área amarilla para pacientes que no requieren monitoreo constante, con 12 camas y el área verde con 5 consultorios, área de clasificación de la urgencia y un área de observación transitoria para 10 pacientes, teniendo un área físicas total de cerca de 500 metros cuadrados; frecuentemente se requiere utilizar áreas de expansión para colocar pacientes en pasillos y lugares que se denominan bis, sumado a ello que la estancia hospitalaria es en promedio de 3.4 días, por lo que también se convierte en una extensión de hospitalización; el 30% son urgencias reales y el 35% son urgencias menores, el resto urgencias sentidas, por lo que en el área de observación transitoria es frecuente la insatisfacción de los usuarios por la incomodidad, falta de oportunidad, solicitando frecuentemente que se les asigne otra área de observación, ya que consideran que esta es pequeña e insuficiente, poco ventilada, incomoda. Todo ello sumado a su estado de salud, condiciona que no se satisfagan sus demandas de servicio.

El Servicio de Urgencias Adultos del Hospital Lic. Adolfo López Mateos así como en los de otras instituciones dedicadas a la prestación de servicios de salud, tiene como similitud, las quejas e inconformidades de los usuarios, ya sea por el servicio otorgado, así como las incomodidades que se presentan durante su estancia intrahospitalaria.

Se realizó un estudio, observacional, descriptivo transversal, para lo cual se diseñó y aplicó un cuestionario, cuyo objetivo fue evaluar el tipo de inconformidad de los pacientes en el área de observación transitoria de urgencias adultos.

Se entrevistaron 140 pacientes de los cuales 60 fueron de sexo masculino, que corresponde al 42.9% y 80 del sexo femenino que corresponde al 57.1%.

El grupo de edad de la muestra estudiada fue de entre 18 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y mas de 60 años de los cuales las edades entres 18 y 29 años no hubo muestra estudiada, de 30 a 39 años se estudiaron 8 pacientes (5.7%), 40 a 49 años 26 pacientes (26.4%), 50 a 59 años 37 pacientes (26.4%).

El aspecto más positivamente valorado fue la amabilidad en la atención por parte del médico tratante y la enfermera donde 127 pacientes (90,7%) lo califico como cortes y respetuoso, 12 pacientes (8,6%), lo califican como indiferente, y un paciente que no sabe (0,7%).

En el análisis de los datos de las encuestas, podemos observar que uno de los aspectos mal valorados por los usuarios en el servicio de urgencias fueron la falta de confort, el observar a los profesionales “haciendo cosas diferentes que atender a los pacientes”, la gran aglomeración de pacientes intercalando hombres con mujeres, lo que ocasiona pérdida de la intimidad; la imposibilidad de acompañamiento familiar salvo casos excepcionales, lo que califican como una atención desigual.

ANTECEDENTES

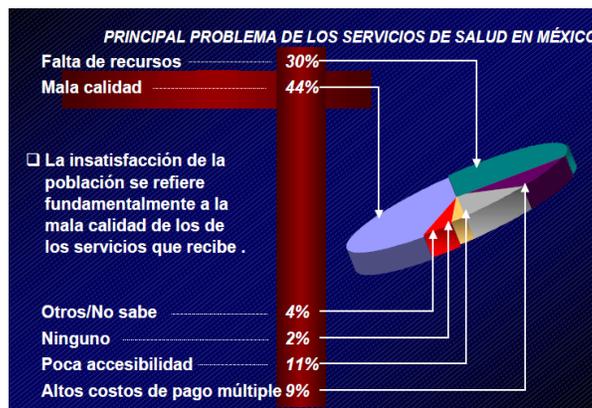
La buena atención médica es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto periodo del desarrollo social, cultura y profesional de una determinada comunidad grupo de población. Los criterios en que se basan los procedimientos básicos de la atención médica en lo relativo tanto a prevención y diagnóstico de las enfermedades como a su tratamiento, no son sin embargo estándares definitivos. La práctica médica es un arte, y como tal no puede ser estandarizado, del mismo modo que no se puede uniformar el arte de escribir (1).

Algunos aspectos básicos de la práctica médica actualizada se aceptan de manera general, aunque cada médico desarrolla sus propios métodos y procedimientos. Por lo tanto en la descripción de los servicios esenciales para una buena atención médica únicamente se han utilizado los requerimientos más ampliamente aceptados (1).

El Dr. Avedis Donabedian, uno de los principales expertos en la materia, quien propuso dos vertientes conceptuales que nos permiten categorizar lo concerniente a la calidad de la atención médica y en general a la calidad de los servicios de salud (1).

Donabedian propone la clasificación de las características de los servicios de salud en tres categorías, o desde tres enfoques: la estructura, el proceso y el resultado. Por estructura debemos entender todos los recursos con los que cuenta una unidad de salud para proporcionar la atención: las personas, la tecnología, las instalaciones, los materiales, etc. Pero no sólo eso. La estructura también consiste en la forma en que los recursos disponibles están organizados, de modo que podríamos identificar unidades que, aun estando bien equipadas y contando con una plantilla completa, sean menos productivas y su trabajo sea de menor calidad que el de otras menos afortunadas. Es decir, la estructura es aquello con lo que se cuenta para trabajar y la forma en que se utiliza (1).

Entre 1997 y el año 2000 la Secretaría de Salud implantó el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica en 28 estados de la República. Una de las acciones primordiales de este Programa fue la realización de una evaluación basal en la que participaron todos los hospitales generales, todos los centros de salud de más de un núcleo básico y una muestra representativa de los centros de salud de un núcleo básico. Los hospitales evaluados dieron como resultados, que recibir atención hospitalaria de buena calidad es más cuestión de suerte que de la forma en que están organizados los servicios y se aprovechan los recursos disponibles. Este panorama se confirmó con los resultados de las evaluaciones a los hospitales que participaron en el Programa de Certificación antes de 2001 (1).



En el 2007 Se realizó un estudio integral de la calidad en el servicio de consulta externa de las instituciones hospitalarias. Su objetivo es medir la percepción que los pacientes tienen de la unidad médica por la atención recibida a través del personal de salud. Participaron usuarios que acudieron a la consulta externa de cinco servicios hospitalarios, entre ellos el de neumología, empleándose un muestreo de probabilística por conveniencia a través de preguntas cerradas; se estableció el valor de 70% como mínimo aceptable de satisfacción. Se aplicaron cuestionarios a pacientes de primera vez y subsecuentes del turno matutino y vespertino. Se preguntó sobre el tiempo de traslado de su casa al hospital, tiempo de espera para la atención, tiempo para poder obtener una cita para consulta, sobre la satisfacción y calidad de la atención, buen trato del personal

administrativo, de enfermería, médico y trabajo social; conocer si la información fue clara por parte del personal administrativo, de enfermería, de trabajo social y el médico. Se preguntó sobre el estado de las instalaciones, de la sala de espera, del consultorio, sanitarios y lugar de procedencia, entre otros (2).

Los resultados obtenidos permiten al directivo médico tomar decisiones que mejoren la calidad de la atención médica, e implementar programas que eleven la satisfacción de los pacientes y familiares que acuden a las instituciones y así elevar la percepción de la calidad del servicio (2).

Se realizó un estudio cualitativo con un grupo de 50 derechohabientes mayores de 60 años, adscritos a una unidad de medicina familiar en el sureste de la ciudad de México, los resultados arrojaron que los pacientes concluyeron en una buena atención, en las entrevistas las principales quejas se relacionan con el trato otorgado al paciente destaca la falta de comunicación con los médicos durante la consulta, así como malos tratos del personal administrativos, falta de reactivos en el laboratorio, desbaste de medicamentos e inadecuado funcionamiento del equipo de diagnóstico, concluyendo que la mala relación entre el médico y el paciente y las dificultades en los aspectos administrativos y técnicos, son los principales problemas detectados por lo que se recomienda establecer un trato con calidad y calidez para mejorar la atención (3).

Otro estudio fue realizado por el hospital de Mérida sobre la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias cuyo objetivo fue conocer los elementos de la atención en el servicio de Urgencias que generan satisfacción e insatisfacción en los usuarios tanto pacientes como acompañantes (4).

Diseñaron una encuesta estructurada con una serie de "ítems" concretos, al mismo tiempo que se constituyeron grupos de discusión. El análisis de los resultados generan una opinión y una satisfacción aceptables del usuario que prefiere un servicio de urgencias con alto grado de resolución, con profesionales específicamente cualificados, importando menos el tiempo de espera "real" que el

tiempo en ser informados, con lo cual la sensación de espera no sería tan acusada (4).

Puesto que el tiempo percibido de demora y no el real se relaciona con la insatisfacción del usuario, los resultados indican la obligatoriedad de dinamizar dichos tiempos que acorten esa espera (4).

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales (4).

Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención (5).

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este

esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura (5).

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones (5). En un trabajo realizado se analizó la percepción que tienen los usuarios de los servicios ambulatorios del Sistema Nacional de Salud respecto a la calidad de la atención recibida; asimismo, identificaremos las dimensiones del concepto que representan un mayor peso para la población y distinguiremos aquellas características socioeconómicas que explican las variaciones de dicha percepción, definida ésta como una medida de resultado. El principal indicador, es decir, la percepción general de la calidad de la atención, se midió inicialmente con una escala tipo Likert (muy buena, buena, regular, mala y muy mala); adicionalmente se preguntaron los motivos de tal percepción mediante una lista precodificada. El método utilizado para dicha precodificación fue el listado libre a fin de determinar el dominio conceptual de la calidad. Las preguntas fueron probadas en dos instrumentos aplicados con antelación a esta encuesta y en la prueba piloto, lo que nos garantiza su validez metodológica (5).

Las respuestas obtenidas a partir de la escala Likert, se dicotomizaron en buena percepción de la calidad (muy buena, buena) y mala (regular, mala y muy mala) con el fin de facilitar su análisis. Los motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar, se exploraron a partir de dos reactivos: “¿Si usted tuviera oportunidad de escoger, regresaría a ese mismo lugar a atenderse?” y, en caso negativo, “¿Por qué no regresaría?”, con una lista precodificada sobre los motivos de ello. El manejo estadístico de las variables utilizadas se hizo con la aplicación de la razón de proporciones y de la prueba estadística de *ji-cuadrada*. Las variables dependientes fueron: percepción respecto a la calidad, percepción respecto a los cambios en el estado de salud y los motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar. Las variables independientes fueron: la institución de atención y factores como género, edad, escolaridad, tamaño del hogar, posición en el trabajo y enfermedad. Los resultados mostraron, de acuerdo con la percepción general de los usuarios, que la calidad de la atención recibida, fue buena en 81.2% de los casos y que fue mala en un 18%. El porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90%), seguido de las personas que acudieron a la SSA (82%), a otras instituciones públicas (81%) y, por último, entre usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5%) (5).

A principios de 2001, en vista de los cambios en el perfil epidemiológico del país, los éxitos en el control de diversos padecimientos, y las prioridades de la nueva administración, el CNS volvió a revisar la lista de indicadores. Sobre la base de una propuesta elaborada por un grupo de trabajo del propio Consejo, se acordó adoptar una nueva lista de 58 indicadores. Esta lista de indicadores está agrupada según los atributos deseables del sistema de salud: anticipación, efectividad, disponibilidad y accesibilidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad (6).

La calidad de la atención en salud es un tema que adquiere cada vez más relevancia debido a la libertad con que opinan los usuarios acerca de los diferentes servicios recibidos por las instituciones proveedoras de los mismos.

Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada acerca de sus derechos (7).

El interés en la calidad de la atención médica en México tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los propios usuarios de los servicios institucionales, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud, que se manifiestan en la cobertura y en la misma calidad de los servicios. Al respecto inciden diferentes consideraciones: por un lado, mejorar la calidad resulta indispensable para lograr el uso más racional de los recursos que se proporcionan y, por otro lado, es necesario mejorar la competencia técnica de los proveedores, con el fin de reducir riesgos de salud derivados de la actividad médica (7).

En 2004 se llevó a cabo una encuesta descriptiva en una Unidad de Medicina Familiar. El tamaño de la muestra se estimó en 380 usuarios (calculado con base en el antecedente promedio de 38 mil consultas mensuales), siendo elegidos los participantes de manera probabilística, incluyendo sólo a derechohabientes mayores de 15 años de edad. Los usuarios seleccionados fueron entrevistados al salir de las instalaciones de la unidad por encuestadores ajenos a la institución, previamente instruidos. El cuestionario formó parte de los formatos propuestos para la evaluación del Modelo de Atención vigente en el IMSS hasta ese año. Evalúa la satisfacción del usuario durante el proceso de la consulta externa respecto a dos funciones: *recepción y atención médica*; de 15 ítems, siete se refieren a la primera y ocho a la segunda. Se agregaron tres preguntas más, previa evaluación por un grupo de expertos de la Delegación Sonora y aplicadas a un grupo de personas para su validación: una califica de manera general el trato recibido, otra el surtido de los medicamentos prescritos, y otra abierta recoge comentarios o sugerencias del encuestado. Las variables estudiadas fueron la edad y el sexo del usuario y el turno laboral de atención; la recepción fue evaluada calificando la oportunidad de entrada al consultorio, la amabilidad del personal, la información ofrecida y la comodidad y apariencia de la sala de espera y de los baños; la atención médica fue calificada mediante la opinión sobre la oportunidad

de atención, la oportunidad de la cita, el proceso de la atención y sus resultados, la relación médico-paciente, la información, la comodidad, el número de medicamentos y la percepción del trato general. Los indicadores utilizados fueron: excelente, suficiente, insuficiente, no realizado e inadecuado; para las dos últimas variables, muy satisfecho, satisfecho, más o menos satisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho; y muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo, respectivamente.

Se entrevistaron 276 mujeres (72.6 %) y 104 hombres (27.3 %), 200 en el turno matutino (52.6 %). Las edades de los participantes fueron: 15 a 24 años, 91 usuarios (23.9 %); 25 a 44 años, 105 usuarios (27.9 %); 45 a 64, 106 usuarios (27.9 %) y 65 años y más, 78 (20.5 %). Para llegar a la unidad, 143 usuarios invirtieron cinco a 30 minutos (37.6 %), 224 invirtieron 31 a 60 minutos (58.9 %) y 10, más de 60 minutos (2.6 %) La opinión del usuario sobre el trabajo de los empleados encargados de su atención (personal médico y asistente médico) se observa en el cuadro. Se aprecia que las tres cuartas partes de los usuarios perciben la atención como suficiente o excelente por parte del personal médico, en tanto que menos de 60 % la percibe así respecto al personal asistente, en especial por las usuarias mujeres, Más de la tercera parte de los usuarios percibe un trato deficiente por parte del personal paramédico (7).

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas (5).

El tema de la calidad de la atención en los servicios de salud tiene una amplia tradición en México y en países desarrollados. Sin embargo, a diferencia de otros países, en México existen muy pocas publicaciones en las que se describan los programas que se han implantado y menos aún los que notifiquen resultados de la evaluación de su efectividad e impacto (8).

La Secretaría de Salud del Distrito y el Centro Nacional de Consultoría desarrollaron en conjunto la metodología para medir la percepción y satisfacción de los usuarios con la calidad del servicio ofrecido por los 22 hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) (9).

En este el objetivo general fue evaluar el desempeño de los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud desde la perspectiva de los usuarios. Teniendo como objetivos específicos valorar la percepción de los usuarios de los hospitales en los atributos específicos del servicio y determinar su influencia; determinar los factores críticos a mejorar, establecer los motivos de barreras de acceso identificadas por los usuarios y segmentarlas, Identificar las sugerencias frente a la prestación de los servicios de salud, obtener las áreas críticas a mejorar y las fortalezas a apalancar con base a los parámetro evaluados; determinar variables demográficas del perfil de entrevistados, realizar un análisis comparativo de los resultados encontrados en la medición del año 2007 frente a los resultados encontrados en la medición del año 2003. Luego, a través de la prueba piloto se confrontaron los formularios con los usuarios de los servicios. Los resultados fueron expresados utilizando el indicador de los tres valores superiores de la escala (excelente, muy bueno y bueno). Se puede decir que los tres puntos más importantes a mejorar por su influencia en los usuarios y desempeño son: los tiempos de espera, la voluntad y el interés en ayudar.

Se realiza otro estudio para evaluar la calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa a unidades de medicina familiar. Se aplico un diseño transversal analítico a una muestra de 983 usuarios, utilizando dos cuestionarios validados para explorar calidad de servicio y satisfacción del usuario. Se

registraron variables sociodemográficas. Se aplicaron las pruebas estadísticas de Fisher, y chi cuadrado. La atención califico alta en seis de siete dimensiones, el tiempo de espera en dos de las tres unidades alcanzo el 36% de calidad, la satisfacción de usuario en dimensión medico familiar >79% (no significativo), la unidad de medicina familiar mostro calificación >59 otros calificaron 53% (10).

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo XX, y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios. Recientemente se acepta que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud. Esta nueva tendencia se basa en la convicción de que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios médicos deben dirigirse primordialmente a la disminución del sufrimiento y el incremento del bienestar general de los pacientes, sin descuidar el uso de instrumentos técnicos capaces de incrementar su capacidad para realizar diagnósticos oportunos y adecuados, así como para establecer tratamientos efectivos considerando las necesidades del paciente y los adelantos científicos de la práctica médica (11).

Dado que las diferencias en la calidad de los servicios pueden tener su origen en aspectos tan distintos como, la estructura y organización de los programas, el costo de la atención, la cantidad de recursos disponibles y el entrenamiento y actitud de los proveedores, entre otros, la observación directa de las unidades de atención y del proceso de consulta médica también constituyen instrumentos valiosos para la evaluación de las políticas, los programas y los proveedores de los servicios. Este acercamiento ha permitido también combinar los productos obtenidos durante la evaluación, tanto de los procesos como de los resultados de la atención (11).

La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. La satisfacción de los pacientes en el cuidado

médico y la atención en salud está directamente relacionada con el cumplimiento de la terapia prescrita y la continuidad en las citas de seguimiento, lo que redundará en la obtención del bienestar deseado para el paciente. Debido al creciente interés por mejorar la calidad de los servicios en salud, se han elaborado instrumentos para evaluar la satisfacción de los pacientes (12).

Medir los niveles de satisfacción de la atención de los pacientes durante su hospitalización nos permitirá corregir lo defectuoso en ella, lo que redundará en mayor bienestar para el paciente y calidad de la atención. El objetivo del trabajo fue determinar el porcentaje de pacientes que están satisfechos con la atención de sus médicos en formación de las salas de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza e identificar las fuentes de insatisfacción de los pacientes en la relación médico paciente (13).

Una encuesta previamente validada para pacientes hospitalizados, de una población similar a la nuestra, de bajo nivel socioeconómico, adultos mayores y población desempleada en su mayoría. A través de un estudio piloto se seleccionaron 31 de los 45 ítems de la encuesta original. El nivel de satisfacción general se midió con la escala de Likert: 1: Muy satisfecho, 2: Satisfecho, 3: Más o menos, 4: Poco satisfecho y 5: Insatisfecho (13).

En el análisis de las respuestas se consideró satisfechos a los pacientes que habían respondido muy satisfecho y satisfecho. La evaluación del comportamiento de los médicos con las preguntas de connotación positiva y negativa, se realizó con la escala de Likert: 1: Siempre, 2: Muchas veces, 3: Más o menos, 4: Rara vez y 5: Nunca (13).

Es responsabilidad de las instituciones del Sector Salud establecer estrategias que permitan la evaluación continua de las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica. En el desarrollo de estas acciones para mejorar la calidad, deben considerarse tanto la monitoria y la evaluación. Como los principios de desarrollo y cambio organizacional, con la finalidad de modificar las variables de comportamiento y desempeño laboral, establecer la pertinencia e identidad

institucional y fomentar actividades positivas en ambientes organizacionales más adecuados (14).

Los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal (DDF) tienen más de 80 años de existencia, por lo que han requerido de una serie de cambios y modificaciones acordes con el crecimiento, desarrollo y transformación de la Ciudad de México. Su organización está dada por las políticas existentes, normas establecidas, estilo de dirección y manejo de conflictos, entre otros aspectos.¹⁶

Con la finalidad de contribuir a mejorar la atención en las instituciones del Sector Salud, se implantó el Programa de Mejoría de Calidad de los Servicios de Salud del DDF. con un modelo no prescriptivo y descentralizado, de carácter voluntario y participativo (15).

En las instituciones del Sector Salud de México se realizaron evaluaciones de la calidad de la atención, considerando las expectativas tanto del paciente como de los trabajadores, a través de "cédulas de valoración" que permiten establecer un diagnóstico situacional operativo que facilita la identificación de los problema (16).

Un ejemplo son los estudios realizados con buenos resultados, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que mediante la aplicación de encuestas de opinión valoraron las expectativas del derechohabiente y del trabajador, en relación con su satisfacción (16).

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas (17).

Las condiciones de la accesibilidad a los servicios –como los tiempos de espera y costo de la atención– fueron relevantes para 15.7% de la población entrevistada. Aspectos relativos a la estructura, como la suficiencia de material y equipo y la

capacitación técnica del personal de salud fueron señalados por 18.0% de los usuarios. Finalmente, la percepción de mejoría y el impacto de los medicamentos en la salud –resultado de la atención– fueron mencionados por 21.3% de los usuarios (17).

El porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90%), seguido de las personas que acudieron a la SSA (82%), a otras instituciones públicas (81%) y, por último, entre usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5%) (17).

La evolución de las instituciones prestadoras de los servicios de salud es un ejemplo muy concreto de la respuesta social hacia la vejez, ya que ilustra cómo la sociedad invirtió en la salud de la población económicamente activa (PEA) con servicios de salud diseñados para atender a los trabajadores y sus familias sin anticipar las demandas de atención que resultarían de la transición demográfica producto del aumento en la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad infantil, materna y general, el mejoramiento de la nutrición y la disminución de la fecundidad (18).

Si bien se ha señalado la formación técnico científica de los médicos como una de las variables que influyen en la conducta prescriptiva, también se cuenta con evidencias respecto a otras variables que pueden contrabalancear esta influencia, como son la presión de los familiares del paciente para obtener una prescripción; la necesidad de los médicos por satisfacer las expectativas de sus pacientes; la influencia de factores institucionales, tales como normas de programas o disponibilidad de medicamentos, y el rol de la información de las compañías farmacéuticas, entre otros (18).

En este artículo se examinan diferentes investigaciones teóricas y empíricas sobre la calidad del servicio y su medición en los ámbitos local y mundial en el sector de la salud, reportadas en publicaciones especializadas desde inicio de los noventa. Los hallazgos ponen de manifiesto la falta de consenso en la definición

determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud, las cuales son necesarias para desarrollar instrumentos de medida fiables que permitan brindar mejor calidad a los usuarios (19).

Los usuarios consideran como uno de los principales problemas del Sistema de Salud la mala calidad del servicio. De hecho, los problemas de acceso y la falta de confianza en la calidad de las instituciones públicas explican por qué la población de escasos recursos utiliza los servicios privados hasta en un tercio de su demanda médica. Sólo 12.7% de los hospitales públicos está certificado con normas de calidad y el desabasto promedio de medicamentos en el país es de 25%. Además, el ausentismo del personal, la mala organización y los elevados tiempos de espera son problemas comunes dentro de los sistemas públicos de salud. Por ejemplo, los usuarios de población abierta y seguridad social esperan en promedio 30 y 40 minutos más que los de instituciones privadas para ser atendidos en una consulta (20).

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia.” No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario (21).

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud (21).

La calidad en los Servicios de Salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho por parte de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen.

También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio. Un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía. Un deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda. Un deber de los Servicios de Salud es dar las respuesta que se les requieren. Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar. Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores (21).

Si bien la mayoría de la gente siente que es importante mejorar la calidad de los servicios, los especialistas de salud no siempre están de acuerdo sobre los factores que deben incluirse en la definición de calidad de los mismos (22).

Tradicionalmente la calidad se ha definido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente. Pero la calidad de la atención es multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados (22).

Los indicadores de salud son medidas que cuantifican y permiten evaluar dimensiones del estado de salud de la población. Representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Al unir ambos componentes: estado de salud y desempeño de los servicios, se trata de reflejar la situación sanitaria de una población actual, hacer comparaciones y medir cambios en el tiempo mediante el monitoreo de los indicadores (23).

Como profesionales de la Salud, cuya labor fundamental es el servicio orientado a la satisfacción de necesidades de nuestros pacientes, consideramos prioritaria la

participación del usuario en la evaluación y mejoramiento de la calidad. Nuestra misión de equipo fue conocer el servicio ideal que el paciente espera y hasta qué punto el Hospital del Trabajador de Santiago (HTS), satisface estas expectativas. Se evaluó el servicio ideal que el paciente espera v/s el servicio percibido, a través de 2 instrumentos de recolección de datos, basados en el Modelo de Expectativas del Dr. Noriaki Kano y los atributos de calidad (24).

El HTS asegura la calidad de atención al satisfacer plenamente las expectativas básicas de sus pacientes y las expectativas esperadas en su mayoría. La participación del usuario es fundamental para conocer el servicio ideal. De las características que definimos como maravilladoras en nuestra encuesta pudimos descubrir oportunidades de mejorar nuestro servicio y sorprender a nuestros clientes. El trabajo en equipo, con énfasis en la calidad y orientado al paciente, nos permitió intercambiar experiencias, enriquecernos como personas, fortalecer la motivación y el compromiso (24).

JUSTIFICACION

El tema de la calidad de la atención en los servicios de salud tiene una amplia tradición en México y en países desarrollados. Sin embargo, a diferencia de otros países, en México existen muy pocas publicaciones en las que se describan los programas que se han implantado y menos aún los que notifiquen resultados de la evaluación de su efectividad e impacto.

Numerosas instituciones no pueden cumplir con los requisitos básicos para la administración de una atención apropiada

La insatisfacción y quejas de los ciudadanos con los servicios médicos que se otorgan en la medicina socializada, es con los servicios de urgencias, siendo más importante los aspectos de oportunidad, trato, comunicación, y la equidad de estos servicios.

Como profesionales de la Salud, cuya labor fundamental es el servicio orientado a la satisfacción de necesidades de nuestros pacientes, consideramos prioritaria la participación del usuario en la evaluación y mejoramiento de la calidad. Nuestra misión de equipo fue conocer el servicio ideal que el paciente espera y hasta qué punto el Hospital del Trabajador de Santiago (HTS), satisface estas expectativas

En el servicio de urgencias adultos del HGRLALM se atienden cerca de 100 000 pacientes al año, de los cuales se ingresan a áreas de observación cerca de 32 000 pacientes, el servicio de urgencias cuenta con tres áreas operativas: área roja para pacientes críticos con 20 camas, área amarilla para pacientes que no requieren monitoreo constante, con 12 camas y el área verde con 5 consultorios, un área de clasificación de la urgencia y un Área de observación transitoria para 10 pacientes, teniendo un área física total de cerca de 500 metros cuadrados, requiriéndose frecuentemente utilizar áreas de expansión para colocar pacientes en pasillos y lugares que se denominan bis, sumando a que la estancia hospitalaria es en promedio de 3.4 días, por lo que también se convierte en una extensión de hospitalización, el 30% son urgencias reales y el 35% son urgencias

menores, el resto urgencias sentidas, por lo que el área de observación transitoria es frecuente la insatisfacción de los usuarios por la incomodidad, falta de oportunidad, solicitando frecuentemente que se les asigne otra área de observación, ya que consideran que esta es pequeña e insuficiente, poco ventilada, incomoda, sumando a su estado de salud, que condiciona que no se satisfagan sus demandas con el servicio.

Por lo que el rediseñar estructuralmente y operativamente esta área es una necesidad para satisfacer al usuario. Siendo factible la reestructuración arquitectónica del área mejorando la comodidad y ventilación, optimizando el modelo de atención para disminuir el tiempo de estancia en esta área del servicio, Se hablara con las autoridades para aprovechar el presupuesto y remodelar el área, para la mejora del servicio y la imagen del hospital.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General: Medir la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención desde el momento en que en que se ingresan a los servicios de urgencias en sus diferentes áreas hasta el momento en que salen de ella para cuantificar el grado de satisfacción o insatisfacción que genera las quejas.

Específicos:

- 1.- realizar un diagnostico de la situación del área de curaciones del servicio.
- 2.- identificar los componentes que puedan ocasionar insatisfacción al usuario y puedan ser susceptibles de mejora.
- 3.- Proponer reestructuración del proceso de atención en el área de curaciones para mejorar el servicio que se proporciona a los usuarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para lograr los objetivos propuestos se diseñó un estudio transversal en donde se evaluara el tipo de inconformidad que resulto del área de observación transitoria de urgencias adultos, se aplicara un instrumento de medición el cual será un cuestionario, que se realizara a los pacientes ingresados en el área de observación transitoria de urgencias adultos.

La población estudiada fueron los pacientes ingresados al servicio de urgencias adultos del hospital Lic. Adolfo López Mateos, se recolectaron las inconformidades del paciente, padre o tutor, así como los familiares de pacientes que no pudieron comunicarse verbalmente. El estudio se llevo a cabo en el área de observación transitoria de urgencias adulto durante el periodo del 1 noviembre del 2008 al 30 de octubre del 2009

El propósito del estudio fue conocer los factores por los cuales los pacientes refieren insatisfacción en el servicio de observación transitoria.

El tamaño de la muestra se estimó con la formula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

p= cantidad de sujetos que presentan el fenómeno en estudio.

q = Complemento de P

pq = 1

d² = Tamaño del efecto que se quiere lograr.

Z = Índice de confiabilidad.

Confianza = 90%

Por ser población finita se realizó la corrección siguiente

$$\frac{N(Z^2 x p x q)}{N}$$

$$(d^2 \times N - 1) + (Z^2 \times p \times q)$$

$$Z^2 = 1.96^2 = 3.8416$$

$$P = 0.1$$

$$q = 0.9$$

$$d^2 = 0.052 = 0.0025$$

N = tamaño de la población = **13750**

$$N = 13750 \times Z^2 = 3.8416 \times 0.1 \times 0.9 = 0.3457 = 4753.375$$

$$D^2 \times N - 1 = 34.7182 + Z^2 \times p \times q = 0.3457 = 34.7182$$

$$13750 \times 0.3457 = 4753.375$$

= 136.9 muestra calculada

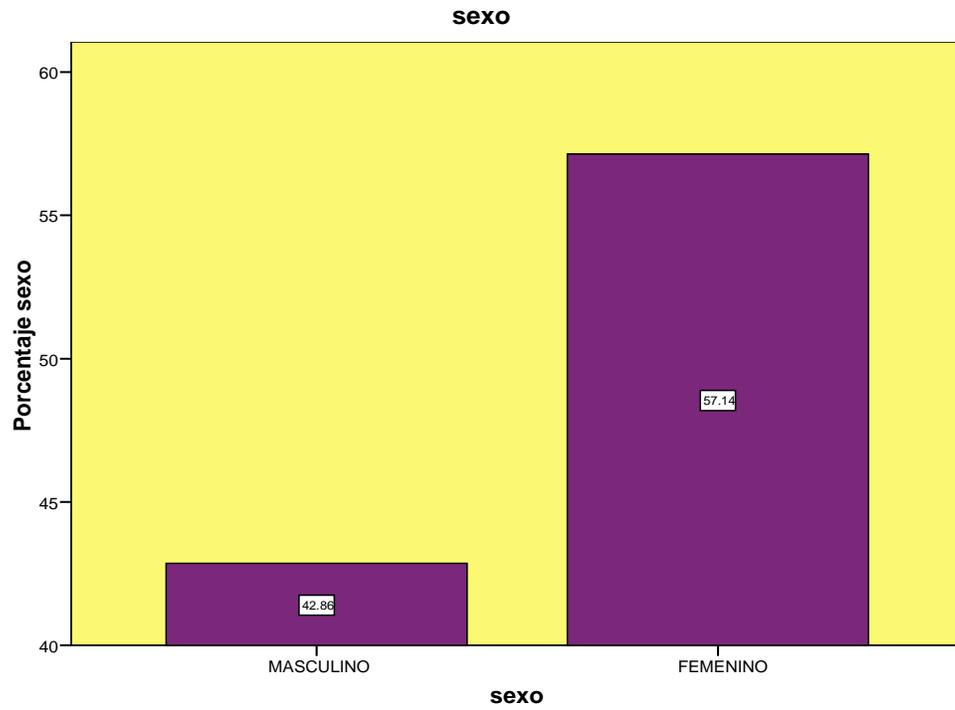
$$0.0025 \times 13749 + 0.3457 = 34.7182$$

Por tanto la n fue de 137 personas

Se aplicó un cuestionario a los pacientes ingresados en el área de curaciones de urgencias adultos, por entrevista personal y autorizada verbalmente por el paciente. Estos cuestionarios incluyeron preguntas acerca de la atención médica, y el uso de las instalaciones. Con la información obtenida de los usuarios seleccionados, se evaluó la satisfacción del servicio de curaciones y de la consulta externa de urgencias.

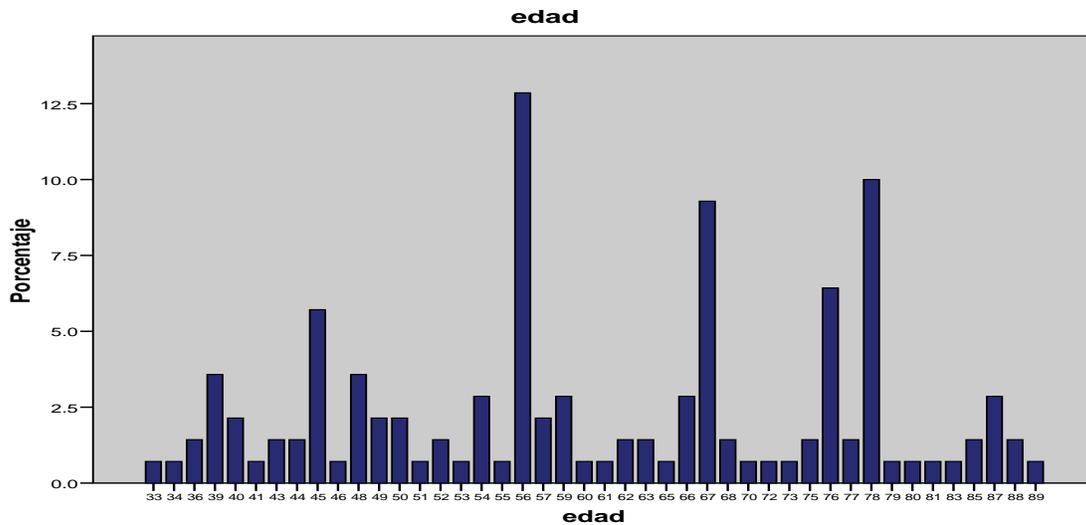
RESULTADOS

Grafica 1



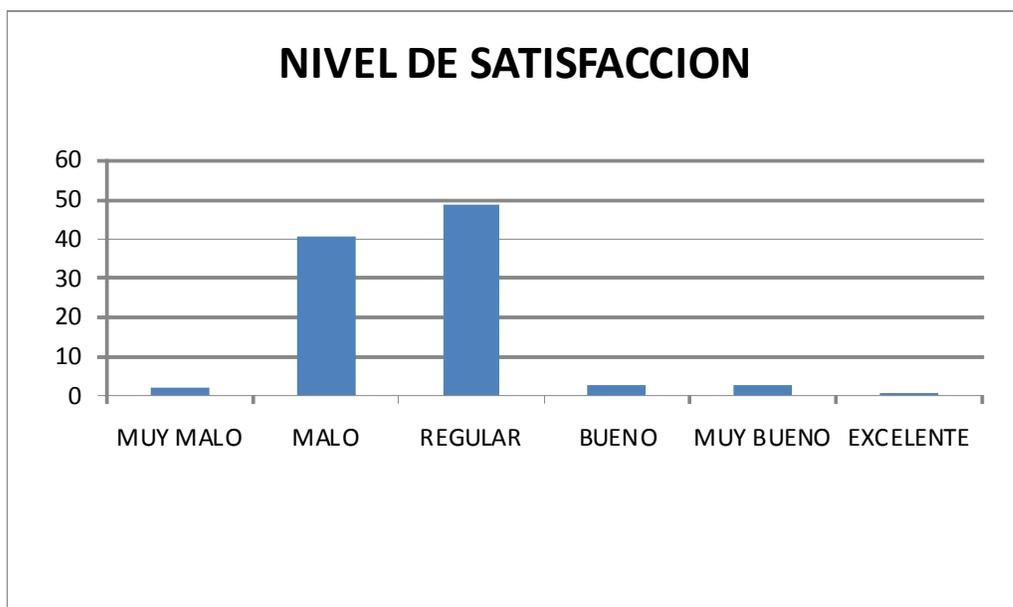
Se entrevistaron 140 pacientes de los cuales 60 fueron de sexo masculino, que corresponde al 42.9% y 80 del sexo femenino que corresponde al 57.1%.

grafica 2



El grupo de edad de la muestra estudiada fue de entre 18 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y mas de 60 años de los cuales las edades entre 18 y 29 años no hubo muestra estudiada, de 30 a 39 años se estudiaron 8 pacientes (5.7%), 40 a 49 años 26 pacientes (18.6%), 50 a 59 años 37 pacientes (26.4%).

Gráfica 3



Fuente: encuestas aplicadas en el estudio.

NIVEL DE SATISFACCION

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje valido |
|--------------|------------|-------------|-------------------|
| Muy malo | 3 | 2,1 | 2,1 |
| Malo | 58 | 40,3 | 41,4 |
| Regular | 70 | 48,6 | 50,0 |
| Bueno | 4 | 2,8 | 2,9 |
| Muy bueno | 4 | 2,8 | 2,9 |
| Excelente | 1 | ,7 | ,7 |
| Total | 140 | 97,2 | 100,0 |
| Total | 140 | 97,2 | 100 |

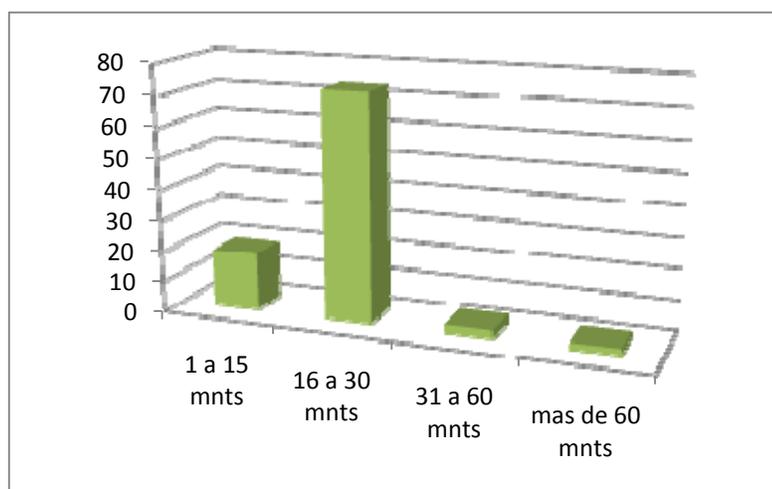
Origen: ENCUESTAS APLICADAS EN EL ESTUDIO

Tabla. 1 Nivel de satisfacción

| | Frecuencia | porcentaje | Porcentaje valido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1 a 15 minutos | 27 | 18,8 | 19,3 | 19,3 |
| 16 a 30 mints | 106 | 73,6 | 75,7 | 95,0 |
| 31 a 60 mints | 4 | 2,8 | 2,9 | 97,9 |
| Mas de 60 mints | 3 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| TOTAL | 140 | 97,2 | 100,0 | |

Tabla 2. Tiempo de espera para recibir la consulta

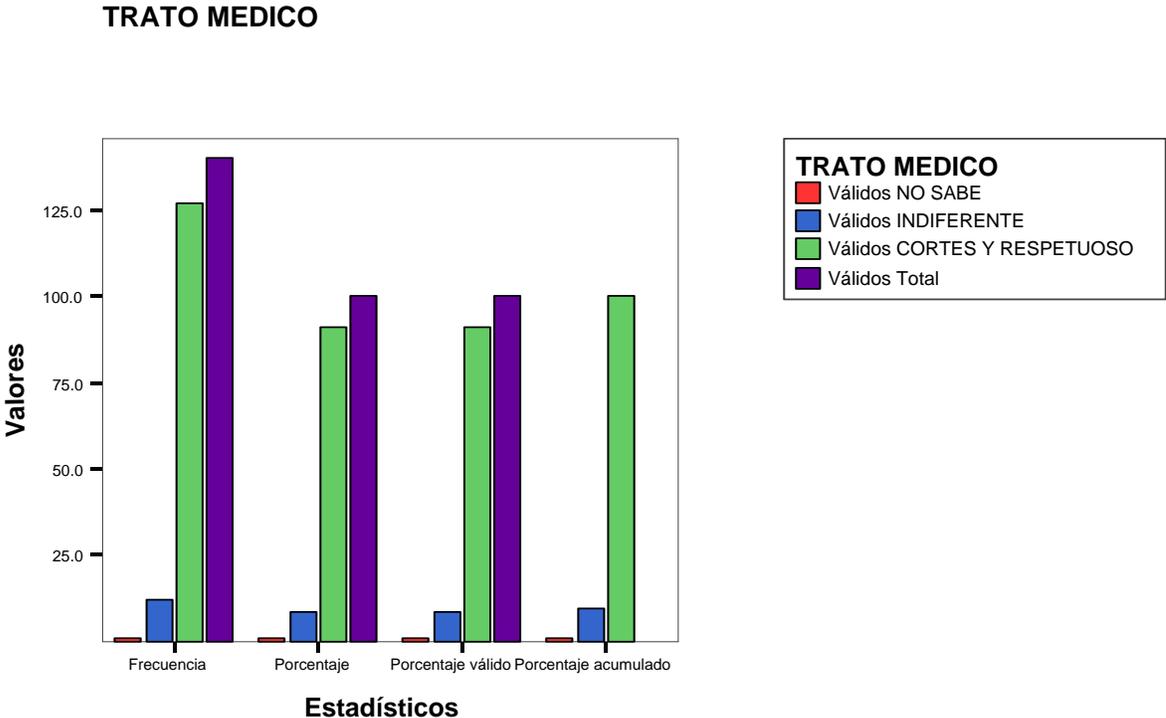
Gráfica 4. Tiempo de espera



Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio

Puesto que el tiempo percibido de espera y no el real se relaciona con la insatisfacción del usuario, los resultados indican la obligatoriedad de dinamizar dichos tiempos que acorten esa espera. Todos los resultados arrojan un nivel de satisfacción global de regular a malo.

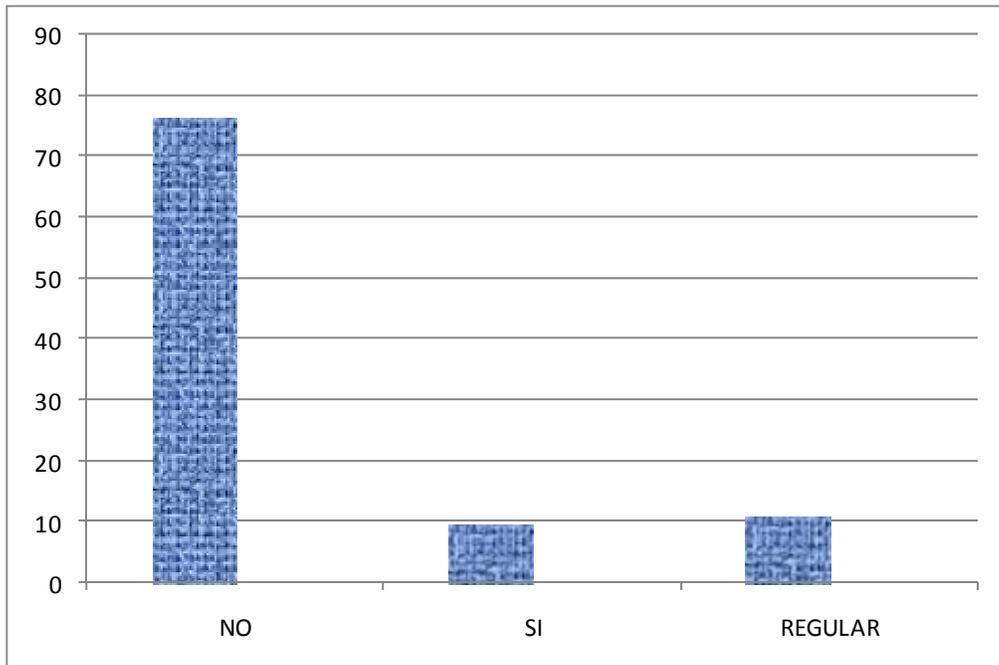
Gráfica 5. Trato por parte del medico



Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio

El aspecto más positivamente valorado fue la amabilidad en la atención por parte del médico tratante y la enfermera donde 127 pacientes (90,7%) lo califico como cortes y respetuoso, 12 pacientes (8,6%), lo califican como indiferente, y un paciente que no sabe (0,7%).

Gráfica 6. Confort en el área de observación transitoria



En el análisis de los datos de las encuestas, podemos observar que uno de los aspectos mal valorados por los usuarios en el servicio de urgencias fueron la falta de confort, el observar a los profesionales haciendo cosas diferentes que atender a los pacientes, la gran aglomeración de pacientes intercalando hombres con mujeres, lo que ocasiona pérdida de la intimidad; la imposibilidad de acompañamiento familiar salvo casos excepcionales, lo que califican como una atención desigual.

DISCUSIÓN

La calidad se define como un producto o servicio que satisface las necesidades y expectativas del cliente, calidad en los servicios de salud, se puede definir con criterios del usuario o criterios de la práctica médica, en este estudio, se tomaron en cuenta si se cumplieron las necesidades y expectativas del usuario, no se midió la efectividad de la práctica asistencial, el grupo que más frecuentemente se entrevistó fue de 50 a 59 años, lo cual es similar reportado en la literatura de que la población que más usó los servicios de urgencias es este grupo de edad y la población geriátrica, que habitualmente presenta enfermedades crónicas degenerativas agudizadas.

El nivel de satisfacción más frecuentemente observado fue de regular a mala, las causas fueron incomodidad, climáticas, y falta de privacidad y el no estar con un familiar al lado del paciente, la segunda causa más frecuente fue el tiempo de espera que fue el más frecuente de 16 a 30 minutos lo cual es diferente a lo reportado en la literatura y que en la cruzada nacional de la calidad es la oportunidad, trato, comunicación y equidad., esto se explica por la saturación de los servicios de urgencias, la estancia prolongada, frecuentemente se atienden pacientes con urgencias sentida, que se debe de resolver en primer nivel. La disminución de las camas censales del instituto a partir del sismo del 85 y el cierre del hospital 20 de noviembre para convertirlo en centro médico, el cierre del hospital de cirugía de corta estancia de Tecamachalco, condiciona la saturación de la red hospitalaria del distrito federal, por lo que la saturación es frecuente con gran demanda de atención en los meses con climas extremos., como en el mes de enero, motivo por el cual se presentó un proyecto de remodelación del área el cual se llevó a cabo en diciembre y en el cual se sustituyeron sillas de plástico por sillones (reposit) y más cómodos, y se duplicó el área física del área de observación transitoria, e la actualidad, la oficina de la jefatura y coordinación reciben menos inconformidades, que al inicio de este estudio.

No se recibió ninguna queja por atención médica deficiente, por lo cual podemos suponer que en el servicio de urgencias adultos se satisfacen las necesidades del usuario pero no así las expectativas.

CONCLUSIONES

La principal causa de inconformidad es la comodidad, ventilación y el hacinamiento. La segunda causa son los tiempos de espera prolongados, en conclusión se satisfacen las necesidades de los usuarios, no se satisfacen las expectativas.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS PARA TRABAJOS FUTUROS

Es importante reevaluar el servicio después de la remodelación para detectar las áreas de oportunidad.

A si mismo realizar este tipos de estudios en otros servicios del hospital para detectar áreas de oportunidad, repercutiendo en la mejora de la atención a los usuarios para satisfacer sus necesidades y expectativas.

Bibliografía

1. Estándares de calidad para el primero y segundo nivel de atención. México: SSA, 2003. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.
2. Revista del instituto nacional de enfermedades respiratorias Ismael Cosío Villegas. Octubre-Diciembre 2007, Segunda Época, Vol. 20 No 4
3. Archivos en medicina familiar calidad de los servicios médicos según adultos mayores, volumen 8 (2) mayo-agosto 2006
4. Martin M. revista Extremadura médica 2005
5. Teresita de J. Ramírez-Sánchez, Lic. en Enf., M.S.P., M. en C.,(1)Patricia Nájera-Aguilar, Lic. en Geogr., M. en Geogr.,(2) Gustavo Nigenda-López, Biól., M. en Antrop., Ph.D.(1)revista de salud pública de México / vol.40, no.1, enero-febrero de 1998.
6. Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud, salud pública de México / vol.44, no.4, julio-agosto de 2002.
7. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Publica Mex 1998;40:3-12.
8. Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental *salud pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000.*
9. Espinosa R.M., Muñoz S., Torres E., Satisfacción de los Usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo, México, Rev. Esp. Salud Pública 2004, 78: 527-537. No 4, Julio-Agosto, 2004

10. Seclen-Palacín JA, Enavides b, Jacoby E, Velásquez a, Watanabe E., ¿Existe una Relación Entre Los Programas de Mejora de La Calidad y La Satisfacción de Usuaris de Atención Prenatal?: Experiencia en Hospitales del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2004;16 (3):149-57

11. Mario Norberto Bronfman-Pertzovsky, Dr en Soc, Sergio López-Moreno, Dr. en C, Carlos Magis-Rodríguez, M en SP, Alejandra Moreno-Altamirano, M en C, Shea Rutstein, Ph D. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias -salud pública de méxico / vol.45, no.6, noviembre-diciembre de 2003.

12. L.M. Gutiérrez-Robledom, G. Reyes-Ortega, M.C., F. Abado-Quevedo M.C, J. LOPEZ-FRANCHINI. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos del distrito federal. Una visión critica Salud Publica Mex 1996;38:487-500.

13. García-Ramos Martina, Luján-López María Elena, Martínez-Corona María de los Ángeles. Satisfacción laboral del personal de Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (2): 63-72.

14. G. Haro Cortés. Relación entre el nivel de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud de Cheste y el conocimiento de sus derechos.

15. Salud Pública de México / vol.44, no.5, septiembre-octubre de 2002. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida,

16. Salud publica Méx. 1993;35:94-97. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención,

17. Salud Pública de México / vol.39, no.6, noviembre-diciembre de 1997. Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización.

18. Salud pública de México / vol.44, no.4, julio-agosto de 2002. Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud.
19. Cuand. Adm. (Colombia), 20 (34): 237-258, julio-diciembre de 2007. Mauricio losada Otalora, agosto Rodríguez Arejuela, calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing.
20. http://serviciodeestudios.bbva.com/KETD/fbin/mult/0202_SPropuestasMexico_19.tcm346-188211.pdf?ts=18122009 Calidad de los Servicios de Salud Pública, Diagnóstico de la Salud Pública en México.
21. Kauru Ishikawa. ¿Qué es el control de calidad? La modalidad japonesa, Colombia 2000. Ed Norma 2a Edición.
22. Liz C. Creel, Justine C. Sass y Nancy V. Yinger Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Population Council y Population Reference Bureau.
23. Ciencia & trabajo. año 7 No. 17 julio / septiembre 2005. M. Teresa Valenzuela B. Indicadores de Salud Características, Uso y Ejemplos.
24. M. Loreto Atria, M. Pilar López, M. Teresa Morales, N. Moya M. Soledad Pérez Mónica Urbina Boletín científico asociación chilena de seguridad, diciembre 2004.