



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

POZARICA DE HIDALGO VERACRUZ

**“MOTIVOS PRINCIPALES DE QUEJAS SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS
EN EL HGZ 24”**

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR FRANCISCO ZARATE CRUZ
RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES:

**DRA ROSALBA STRAFFON VINCENT
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO AL HGZ 24
MAT.99314370
Correo electrónico: straffon@hotmail.com**

**DR ANDRES ALVARADO PEREZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF73
MAT 99316485
Correo electrónico: andaljl@hotmail.com**

SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 73

“MOTIVOS MAS FRECUENTES DE QUEJAS SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS EN EL HGZ 24”

Zarate Cruz F.- Straffon Vincent R. Alvarado Pérez

RESUMEN

INTRODUCCION: Las quejas formadas por los usuarios derechohabientes del IMSS adscritos al HGZ 24 reflejan las necesidades y también las áreas en donde se requiere prestar mayor atención así como brinda la oportunidad de mejorar la calidad en el servicio prestado. Una buena comunicación y una adecuada relación entre el médico tratante y el paciente son elementos que en diversos estudios se han considerado fundamentales para incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y disminuir la frecuencia de quejas.

OBJETIVO: Identificar los motivos por los usuarios y agruparlos para poder determinar el área en donde pueda existir la oportunidad de mejorar, y describir la frecuencia de quejas por área edad, sexo servicio y turno.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un estudio observacional transversal Descriptivo basada en la población derechohabiente se analizaran las quejas presentadas en formato, institucional correspondiente depositadas en el buzón de queja del Hospital General de Zona No 24 de la delegación norte poza rica Veracruz, del IMSS. Buscando asociaciones y agrupándolas, sobre el servicio otorgado se buscara motivos de queja como: Maltrato, Insumos inadecuados, Tiempo de espera, Falta de higiene, Negativa, Falta de información, Infraestructura deficiente, Deshonestidad, Parcialidad, Error, Análisis, Divulgación de datos personales.

RESULTADOS:

CONCLUSIONES:

PALABRAS CLAVE: Quejas; atención del derechohabiente, motivos.;

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

Los reclamos o demandas por insatisfacción de la atención recibida no siempre están relacionados con mala práctica de la medicina. Se reconoce que existen situaciones en las cuales si bien se aplica adecuadamente el conocimiento, puede haber insatisfacción del paciente o sus familiares.

Hay otras condiciones en las que no se expresa insatisfacción a pesar de no haberse aplicado adecuadamente el conocimiento. A este fenómeno se le conoce como efecto iceberg: en algunas ocasiones las consecuencias son atribuida a más a la evolución propia de la enfermedad origen de la atención, que a un efecto adverso de la intervención médica; otras veces, aunque la atención técnica haya sido óptima, la comunicación es inadecuada y surgen conflictos. En medicina, mala práctica se refiere a los errores injustificados (inexcusables) de la atención médica que pudieron ser prevenidos o evitado, imputables a desviaciones de la conducta de los profesionales de la salud. Por lo general, son consecuencia de descuido o falta de pericia en la consecución de acciones para resolver un problema.

Las causas más frecuentes de insatisfacción, reclamo o demanda y mala práctica tienen que ver con errores de prescripción terapéutica, en particular con la prescripción de medicamentos. De los casos analizados durante el año 2002 por CONAMED, 29 % correspondió a asuntos derivados del tratamiento. En Nueva Inglaterra se concluyó que en 6.3 % de los casos relacionados con reacciones adversas a medicamentos, 73 % era prevenible. Aun así, existen dudas acerca de si la prevención de los efectos adversos de los medicamentos resulta costo-efectiva en la atención. En Utah y Colorado, en los casos de mala práctica asociados con los efectos adversos de medicamentos se encontró que 32.6 % se debió a conducta negligente del profesional; de esta proporción, 6.6 % tuvo efectos letales. Por otra parte, una encuesta sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México sitúa al maltrato como una de las causas de mala calidad en la atención médica (19 %). En otro estudio, la identificación de las posibles causas de mala calidad en la atención médica perfiló que los médicos con pobre desempeño comparten características de aislamiento, poca introspección y tendencia a la racionalización acerca de que lo que hacen está bien hecho, aun cuando sigan efectuando lo que recuerdan de lo aprendido en la escuela varios años atrás. Al relacionar lo anterior con los datos obtenidos en el análisis de las quejas atendidas en la etapa conciliatoria, 27 % se resolvió mediante una nueva explicación. Ello permite deducir que gran parte de los problemas se debe a inadecuada comunicación entre el médico y el paciente o sus familiares.

Algunos estudios internacionales apoyan esta explicación. Sin embargo, no existen investigaciones formales que indiquen en cuántos de estos casos se produjeron daños severos o pérdidas en la integridad o la vida de los pacientes, atribuibles a práctica inadecuada. De cualquier forma, si se analizan detenidamente los factores subyacentes en la inconformidad o los litigios por mala atención o mala práctica, sería necesario aceptar que muchos de los problemas están más asociados con la actitud y los valores en el desempeño del profesional que con la competencia técnico-científica.

Una buena comunicación y una adecuada relación entre el médico tratante y el paciente son elementos que en diversos estudios se han considerado fundamentales para incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y disminuir la frecuencia de quejas y de procedimientos de reembolso, pago por daños o percepción de atención médica deficiente o inadecuada.^(1,2)

No se encontraron en la literatura estudios en nuestro país que evalúen objetivamente los factores asociados a la presentación de queja ante una autoridad, administrativa o penal, por la atención médica recibida, según la percepción de los pacientes.

Dentro de las preocupaciones del ser humano desde que apareció en la faz de la Tierra, ha sido la atención a su cuerpo para librarse de las enfermedades una de las más importantes, pues padecerlas lo limitó ante las adversidades del exterior.

Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Como ejemplo, respecto al quehacer oftalmológico, los artículos del 215 al 223 tratan de los honorarios y las penalizaciones profesionales del médico.⁽³⁾

Se sabe que en China, la Medicina era enseñada en centros especiales, y los estudios cobraban validez mediante exámenes ante T'ai-yi-chu o "Gran Servicio Médico", compuesto por más de 300 funcionarios.

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

Con la llegada de la Edad Media, en la Medicina Árabe la institución educativa por excelencia fue la madrasa, instalada dentro de la mezquita o junto a ella, y en relación con los hospitales, o bimaristan. En el año 931, el califa Al-Muqtadir estableció la obligación de obtener, previo

examen, un título (ichaza) para la práctica legal de la profesión, la cual se hallaba regida estatalmente por el “supervisor de mercados y costumbres” o muhtasib. Además del examen general, los había para varias especialidades, como la oftalmología. En orden descendente, los títulos sociales de los médicos eran el de hakim, el de tabib, el de simple práctico, mutabbib o mutatabib y el de mero practicante o mudawi. Los charlatanes médicos abundaron en los campos del Islam⁴. La distinción en cuanto a clase social del paciente (ricos y pobres), fue notoria en el Islam. Los ricos y poderosos tenían médicos propios y podían utilizar, por costosos que fueran, todos los recursos de la dietética y la terapéutica entonces vigentes.⁽⁴⁾

Los pobres eran atendidos en el hospital público. El hospital permitía a los pobres beneficiarse del saber de algunos grandes médicos, y solía tener una intensa actividad docente. En él se realizaban también los exámenes para la obtención de títulos profesionales.

La abundante literatura de los últimos años sobre el tema de la calidad puede hacer pensar que se trata de un concepto nuevo. sin embargo desde sus orígenes el ser humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo ya sean económicas deportivas económicas y sociales etc. el espíritu de superación unido a la satisfacción que reporta conduce a comportamientos que tienden a evitar los errores y perfeccionar lo que previamente ya estableció.

Uno de los principios básicos de cualquier estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios de salud es el cumplimiento de metas de calidad así mismo el movimiento de calidad en los servicios de salud se alimenta de las raíces de los campos de la medicina y de la industria. de tal manera que la satisfacción del usuario de un bien o de un servicio data de la industria donde el cliente se le daba la razón e interesaba la satisfacción que el mismo manifestaba para que el producto se vendiera con mayor énfasis por lo que la calidad del bien o servicio influía en la satisfacción que el usuario manifestaba.

Los esfuerzos por evaluar la calidad datan desde antes de cristo (a.c) en china e india donde existieron estándares que determinan quien puede practicar la medicina. en Europa a partir d 1140 surgieron esfuerzos en Italia por licenciar a todos los médicos.⁽⁴⁾

En este sentido los estudios que evalúan la calidad inician en usa. el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917 cuando el colegio estadounidense de cirujanos reunió el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses eliminaran e identificaran los servicios de salud deficientes . esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación actualmente administrado por la comisión conjunta de acreditación para las organizaciones de prestación de salud.

Podemos considerar que el interés por la gestión de la calidad comienza con Taylor con lo que se denominaba dirección científica Taylorista, sistema que promulgaba la realización de tareas específicas, observando los procedimientos de los trabajadores y midiendo la salida del producto.

Schwartz en 1939 escribió *statistical method from the viewpoint of quality control* método estadístico desde un enfoque del control de calidad uno de los estudios más importantes fue el memorándum del 16 de mayo de 1924 mediante el cual proponía el uso de graficas de control a sus superiores, en su honor se creó la medalla shewart y se le considera el padre del control estadístico de calidad.

Otro de los autores de gran interés fue Deming que inició su carrera con el control estadístico de la calidad pero la entrada de los estados unidos a la segunda guerra mundial y la demanda excesiva de los productos por parte de los aliados provoco que las empresas americanas se orientaran a la producción en un mercado muy estandarizado y muy cerrado masas satisfaciendo dichas demandas, dejando de lado las ideas de Schwartz Deming y otros precursores de la calidad.(5)

Philip Crosby inicio con trabajos relacionados con la calidad en 1952 en una escuela médica en 1979 fundo Philip Crosby Associates en 1997establecio Philip Crosby Associates actualmente es uno de los principales institutos de calidad, para el proceso de mejora de la calidad.

Juran sistematizo los conceptos y técnicas desarrolladas hasta entonces erigiéndose además en lo que podríamos llamar el movimiento de la calidad. en 1954 convierte el control de la calidad en instrumento de la dirección de la empresa conocida como gestión sistemática del control de calidad y describe la calidad como la adecuación de los productos y servicios al uso para el cual han sido concebidos y desarrollo una trilogía de calidad: establecer un plan de calidad, efectuar el control de calidad, e implantar la mejora de calidad, su fundamento básico de la calidad, es que solo puede tener efecto en una empresa cuando esta aprende a gestionar la calidad. para impartir sus conocimientos crea el instituto Juran de la calidad, desarrollo un interesante cuerpo doctrinal que en parte sigue vigente en la actualidad atravez de la gestión de calidad total.

En los ochenta, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en los costos, llevo a los profesionales e la salud en los países desarrollados a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares.(6)

Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo de la calidad y de la administración continua de la calidad. En el Reino Unido el Servicio Nacional de Salud adoptó una política formal de calidad en 1991 y reconoció los procesos de mejoramiento continuos de calidad como la manera más rentable de ponerla en práctica.

Un estudio de Thomas y cols. Demuestra que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción es por eso que uno de sus instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de la calidad de los servicios de salud consisten en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los usuarios

Hall y Dormán refieren que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables tales como la calidad efectiva del proveedor de salud, la cantidad de información que utiliza el proveedor la habilidad técnica del proveedor técnico de los servicios de salud, el tiempo de espera y variables, de tipo sociodemográficas como edad sexo entre otras.

Los métodos de medición más generalizados utilizan encuestas como medio para analizar el medio el grado de satisfacción, y la opinión respecto a su estado actual el principal método utilizado para ello es el SERVQUAL instrumento desarrollado por Parasuraman cuyo objetivo es la medición de la calidad donde se incluyen las dimensiones de fiabilidad, interés, garantía, y empatía.(7)

Algunos instrumentos de medida de la satisfacción fueron desarrollados por Blandón quien para 10 países trató de establecer una medida de la satisfacción partiendo de un cuestionario en el que partían un número de preguntas estandarizadas y consensuadas para, a partir del mismo esclarecer la opinión de la población hacia la calidad de los servicios de salud.

Es importante para entender la escuela europea, diferenciar entre la calidad de técnica y funcional, Gronroos propone que el contenido de lo evaluado en la calidad de los servicios de salud, se puede componer básicamente de las siguientes dimensiones; la calidad técnica o resultado del proceso de prestación del servicio es lo que los clientes reciben que se ofrece en el servicio. La calidad del producto ofrecido tiene mayor criterio objetivo, por lo tanto menor dificultad de evaluación por los clientes, la calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso experiencia del cliente con el proceso de producción y consumo se refiere a la forma de cómo se presta el servicio, está relacionada directamente con la interacción del cliente con el personal de servicio que es la relación médico paciente y acciones de revisión y diagnóstico.

La literatura tradicional mantiene que la satisfacción está relacionada con el tamaño y las expectativas iniciales con respecto a la experiencia que un producto o un servicio, por otro lado

la definición más aceptada de calidad del servicio se basa en el concepto de calidad percibida que considera al cliente como el único juez de la calidad que permite emitir opiniones relacionadas en su satisfacción.

El debate se centra en si la calidad es un antecedente de la satisfacción o viceversa algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos que la calidad percibida es un factor de la satisfacción mientras otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad⁽⁸⁾

En un principio la calidad se relacionaba con las secciones de supervisión y control donde a través de un análisis estadístico se trataba de determinar si la producción cumplía con los estándares de producción previamente establecidos.

El marco conceptual de Bruce incluye seis elementos de calidad de atención en la prestación de servicios: selección de método, información proporcionada al cliente, competencia técnica, relaciones interpersonales mecanismos para continuar la continuidad y una constelación apropiada de servicios que concluyan con la satisfacción del usuario

Históricamente para los profesionales de la salud la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención competente eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo, para los elaboradores de políticas y los financiadores entre los elementos claves con respecto a la calidad figuran el costo la eficacia y los resultados para las poblaciones en su totalidad.⁽⁹⁾

La calidad en la prestación de servicios de salud es un tema de gran importancia y a su vez de difícil manejo dentro del contexto actual en el cual el mayor enfoque ha sido dirigido hacia los aspectos administrativos, financieros dejando en segundo plano lo que se constituye en las obligaciones garantizar los servicios de salud en términos de calidad.

En el campo de la salud, el objetivo principal del control de la calidad es garantizar que todo prestador de servicios ofrezca siempre la misma atención de buena calidad a todos los clientes

La evolución de la sociedad mexicana durante los últimos tiempos obedece a múltiples cambios demográficos la elevación de los niveles de educación de la población, profundos cambios en lo económico, intereses y valores emergentes nuevas formas de asociación u organización social cambios tecnológicos e internacionales. La población mexicana está formada en su mayoría por población joven cuyas expectativas de salud pública a futuro han sido consideradas en plan nacional de desarrollo en el que se señala que la plenitud de las capacidades para el trabajo la educación, y la cultura solo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas.

En México se inician los primeros estudios sobre la calidad en el hospital la raza del instituto mexicano del seguro social en base a la revisión y estructura de expedientes clínicos; donde en 1970 se hace mención al expediente clínico como instrumento para evaluar la atención médica otorgada a los pacientes a través de los trabajos de González montesinos, lee ramo y cols.(10)

Otras publicaciones que nos hablan de la evaluación de la calidad y eficiencia nos permiten valorar la atención médica otorgada a los pacientes, existen trabajos que evalúan la importancia de la relación médico paciente como los trabajos de puches Tamayo y garduño.

El primer programa de garantía de calidad se elabora en el instituto nacional de perinatología de la secretaria de salud así como el programa de la garantía de la calidad en el primer nivel de atención; y se crea la primera unidad d estudios sobre la calidad de atención; y se crea la primera unidad de estudios sobre la calidad de la atención a la salud en el instituto nacional de salud pública de México

En la década de los ochentas con Gonzales y cols diseñan el sistema de educación médica progreso y perspectiva, basado en la evaluación de la calidad de atención médica además se da a conocer la primera edición de libros de Avedis Donabedian sobre la calidad de la atención médica.

En México se crea la sociedad mexicana de calidad de atención a la salud por medio del congreso mundial de calidad de atención formado en 1992 García garro analiza a los médicos familiares observando su perfil académico, su satisfacción dl usuario y la prestación del servicio del médico donde menciona que no existe diferencia alguna en la satisfacción del usuario si su médico está o no capacitado para el primer nivel de atención lo que permite darnos cuenta de la importancia que tiene la satisfacción e insatisfacción del usuario de parte del médico como del paciente y la mejoría de la calidad de la atención.(11)

Bronfnan m. como parte de los prestadores de servicio de salud mencionan la gran necesidad de garantizar que los insumos necesarios para la operación de los servicios lleguen con oportunidad, asimismo se refiere la necesidad de que los médicos conozcan el concepto que los usuarios tiene de ellos.

La satisfacción laboral y la evaluación de la calidad en la atención médica, elaborado con el fin de mejorar las condiciones de las prestaciones de salud donde Salienas Oviedo c. responsable de esta investigación menciona la importancia de la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones y lo define como un elemento importante en la calidad de la atención médica.

El interés de la calidad de atención en México y en muchos países se ha manifestado de diferentes maneras; así lo menciona el Dr. Ruelas en sus diferentes publicaciones “calidad productiva y costos”, “nuevos horizontes de la calidad de atención a la salud”; donde refiere la organización en el área académica como ella prestación de los servicios con el objetivo de difundir métodos para mejorar y evaluar los diferentes niveles de calidad.

En México se han desarrollado trabajos que evalúan la calidad de la atención en función de la satisfacción que el cliente interno tiene en relación a su papel laboral, de tal manera que la calidad de las funciones que desempeñan el personal de salud y su productividad tiene que ver con los modelos de atención a la salud y su apego a normas y estándares de atención.

Por otro lado Sandoval y cols. Efectuaron en instituciones de seguridad social un análisis de la satisfacción relacionada con variables de tipo organizacional que tiene que ver con la cantidad de insumos con el número y perfil de prestadores de servicios así como factores relacionados con la accesibilidad de tipo administrativa.

En el país se han realizado estudios de la satisfacción en unidades de primer que significan el primer contacto que el usuario tiene con los servicios de salud por lo que los datos del estudio de morales- García permite analizar la necesidad de realizar intervenciones tan sencillas como el manejo de mejores relaciones interpersonales entre el personal paramédico y el paciente.(12)

El nivel federal diseño una estrategia nacional denominada cruzada nacional por la calidad en la cual el sector de salud vislumbra un cambio histórico o constituyéndose un eje de transformación en la cual la calidad mantiene como primordial eje la satisfacción del usuario.

En todo proceso evaluatorio, es indispensable la asignación de un juicio de valor, referido a una meta o norma de operación. Cuando la evaluación se relaciona al logro de una meta o cifra de referencia, asignar un juicio numérico en cifras absolutas o relativas, resulta sencillo. Cuando se trata de evaluar conceptos relativos a la calidad de la atención médica o paramédica, la asignación de juicios de valor en función del cumplimiento de una norma con carácter enunciativo, explícito o implícito, lleva inherente la tendencia a la asignación de valores numéricos a elementos de la atención médica eminentemente cualitativos. Por lo mismo, se corre el riesgo de asignar cifras por arriba o por abajo de la justa en forma inadvertida, sobre todo si se utiliza un criterio incorrecto. También existe el peligro de asignar un valor arbitrario, superior o inferior, en forma prejuiciada.(13)

Los posibles prejuicios, conscientes o no, que pueden afectar la asignación de una cifra mayor o menor a un indicador determinado, por simpatías o antipatías, buen o mal estado de ánimo, consignas en pro o en contra, quitarían objetividad y reproducibilidad al procedimiento, haciéndolo poco confiable y seguramente mal aceptado.(14)

Conociendo estas dificultades, diversos grupos dedicados a la evaluación de la calidad de la atención médica, adoptaron sistemas de calificación en los que se utilizan parámetros cualicuantitativos absolutos y extremos, que no permiten gradaciones intermedias, tales como: realizado-omitido, cumplido-no cumplido, positivo-negativo, si-no, bien-mal, implicando el logro absoluto o nulo de un objetivo de calidad. Ante la dificultad de discriminar mediante la utilización de valores positivos o negativos absolutos algo tan variable y con tantos matices como el acto médico, se agregó un nivel intermedio correspondiente al gris entre un blanco y un negro, que equivaldría a lo parcialmente realizado o parcialmente cumplido. Esta situación, aunque agrega un elemento más, no nos permite saber qué tan gris es lo gris, qué tan realizado o tan cumplido es lo realizado o cumplido; tampoco nos indica si lo realizado o cumplido es aceptable en materia de salud, calidad de atención o cumplimiento de normas.

La alternativa para lograr una escala de valores para calificar con fines de evaluación a elementos de la atención médica eminentemente subjetivos, es determinar parámetros cualitativos de calificación que permitan discriminar con claridad los diferentes rangos de calidad, sin imbricarse y sin permitir sesgos condicionados por prejuicios.

Por otra parte, la evaluación de la calidad de la atención médica presenta características muy particulares que hacen necesario un sistema de evaluación congruente con ella, que en forma ágil permita la transformación de los datos obtenidos en información útil para la toma de decisiones.(15)

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, la evaluación de la calidad de la atención carece de sentido como un fin; debe ser el punto de partida de una serie de eventos que lleven del establecimiento del diagnóstico situacional de una unidad o departamento, a la identificación de los problemas que afectan la calidad o eficiencia en la prestación de los servicios, hasta la solución que redunde en mejoría de la calidad con que se otorgan los servicios.(15)

JUSTIFICACION

La formación de quejas contra los médicos en los servicios públicos y privados de salud, los juicios por negligencia o mala práctica y el reclamo para reembolso de gastos efectuados por los pacientes inconformes con la atención recibida, han sido una práctica común en los países industrializados, y en México comienzan a observarse cada vez con mayor frecuencia. Desde la constitución de la comisión nacional de arbitraje médico se tiene un registro más detallado y confiable de las inconformidades que presentan los usuarios de los servicios de salud por la atención recibida en las instituciones de salud, tanto pública como privada. los reportes de quejas interpuestas ante dicho organismo muestran un incremento sostenido desde los últimos años.

Las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje médico están relacionadas principalmente con el tratamiento médico y quirúrgico, seguidas de los procedimientos de diagnóstico. La estructura y el proceso de la atención son el principal motivo de queja por parte de los usuarios hacia las instituciones de salud pública, en tanto que para las instituciones privadas el principal motivo es el resultado de la atención recibida.

Estudios en otros países han hallado que la presencia de eventos adversos durante la atención médica, debidos o no a mala práctica, no siempre se asocian a quejas o demanda de pago contra el personal médico, y que un gran número de estas demandas son archivadas por ausencia de negligencia médica.

La percepción que el usuario tiene sobre la calidad de la atención médica recibida es un elemento que se ha medido en sociedades con características diferentes, en donde el cumplimiento de las necesidades personales y de seguridad en la institución de salud que atiende a los derechohabientes se ha asociado a la presentación de quejas por baja satisfacción.

El presente estudio se realizara para poder encontrar los principales motivos que propician las quejas y de esa forma implementar soluciones para no generarlas y brindar una atención de calidad y calidez.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los motivos principales de quejas sobre los servicios prestados en el Hospital General de Zona No 24 IMSS?

HIPOTESIS:

Por tratarse de un estudio transversal no es posible la postulación de una hipótesis por las limitaciones propias de este diseño epidemiológico que entre las más importantes la ambigüedad temporal. Aunque algunos estudios demuestran que los tres principales motivos de mala atención son: tiempos de espera prolongados, con 29.3%, resultados de salud nulos o negativos en 10.9%, y revisión y diagnósticos no realizados en 10%, mientras que para otras instituciones de salud pública los resultados nulos o negativos fueron la principal causa de percepción de mala calidad con 35.8%.

OBJETIVOS:

General:

- ⌚ Identificar el principal motivo de queja en el hospital general de zona No 24 IMSS Poza rica Veracruz.

Específico:

1. Identificar a la población de estudio según las variables epidemiológicas de: Tiempo Lugar y Persona.
2. Valorar las variables asociadas a la formación de quejas por géneros.
3. Determinar el porcentaje de queja por servicio
4. Identificar el turno que presenta mayor porcentaje en queja

MATERIAL Y METODOS:

Se trata de un estudio observacional transversal Descriptivo y retrospectivo basada en la población derechohabiente, se analizaran las quejas presentadas en formato, institucional correspondiente depositadas en el buzón de queja del Hospital General de Zona No 24 de la delegación norte poza rica Veracruz, del IMSS. Buscando asociaciones y agrupándolas de la siguiente forma: Maltrato, Insumos inadecuados, Tiempo de espera, Falta de higiene, Negativa, Falta de información, Infraestructura deficiente, Deshonestidad, Parcialidad, Error, Análisis, Divulgación de datos personales.

El rango de edad que incluiremos son pacientes mayores de 18 años a 65 años los cuales dividiremos en grupos de 18–30 años, 31-50 años, y mayores de 50 hasta los 65 años, que hayan presentado y llenado correctamente el formato de buzón de quejas

El formato correspondiente a la queja es depositado directamente en el buzón de queja o directamente entregado en las manos del personal del módulo de atención al derechohabiente, en el cual la queja se agrupo dentro de los 13 grupos para poder clasificar que tipo de queja es o a que área pertenece, tomando en cuenta la base de datos de la institución analizaremos los motivos más frecuentes de queja del derechohabiente , y determinaremos que grupo de edad sexo en que tuno se originan más las quejas.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLES DEPENDIENTES:

Motivo de queja

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Maltrato
2. Insumos inadecuados
3. Tiempo de espera
4. Falta de higiene
5. Negativa
6. Falta de información
7. Infraestructura deficiente
8. Deshonestidad
9. Parcialidad
10. Error
11. Análisis
12. Divulgación de datos personales.

VARIABLES CONFUSORAS

- ⌚ Edad
- ⌚ Sexo
- ⌚ Dirección
- ⌚ Ciudad

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
QUEJA	Una queja es un escrito o comunicación a través del cual se pone de manifiesto la insatisfacción de una persona usuaria en relación con el servicio recibido por parte de, por ejemplo, una organización.	Es el formato de buzón de queja donde el derechohabiente expresa en forma escrita el motivo de su queja.	Nominal: Tipo de queja: Administrativa Personal de salud.
MALTRATO	El concepto está vinculado a una forma de agresión en el marco de una relación entre dos o más personas.	Acción mal intencionada, prepotencia, por parte del personal de salud hacia el derechohabiente.	Nominal: -si -no
INSUMOS INADECUADOS	Insumo es un concepto económico que permite nombrar a un bien que se emplea en la producción de otros bienes. De acuerdo al contexto, puede utilizarse como sinónimo de materia prima o factor de producción.	Falta de insumos para lograr un atención de calidad en los derechohabientes	Nominal: Adecuado Inadecuado
TIEMPO DE ESPERA	Lapso de tiempo que es medido en minutos para poder realizar un evento	Variable de tipo organizacional que constituye el tiempo en minutos desde la solución de la atención hasta el otorgamiento de la misma	Nominal: -Adecuado -Inadecuado

FALTA DE HIGIENE	Designa al conjunto de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos	Falta de limpieza en cierta área del hospital	Nominal: -Si -No
NEGATIVA	Negación, no proceder ante una petición	El paciente no recibe la atención demandada	Nominal: -Si -No
FALTA DE INFORMACION	Es el déficit de un grupo de datos ya supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente.	Deficit de información y orientación hacia el paciente	Nominal -Si -No
INFRAESTRUCTURA DEFICIENTE	conjunto de elementos o servicios que están considerados como necesarios para que una organización pueda funcionar o bien para que una actividad se desarrolle efectivamente	Servicios no aptos para responder a las necesidades del paciente	Nominal: -Si -No
DESHONESTIDAD	Falta de honestidad, rectitud y de honradez.	Falta de rectitud ante el paciente por parte del personal de salud	Nominal: -Si -No
PARCIALIDAD	Trato a favor o en contra de alguien o algo al actuar o al juzgar un asunto	Trato preferencial hacia los pacientes	Nominal: -Si -No
ERROR	Acción equivocada o desacertada. Puede ser una acción , un concepto o una cosa que no se realizó de manera correcta	Queja del usuario que se presente haciendo mención un error por parte del personal del hospital	Nominal: -Si -No
DIVULGACION DE DATOS PERSONALES	Dar a conocer a otros información confidencial.	Es la Comunicación de datos del paciente a otras personas ajenas a los familiares	Nominal:
EDAD	Tiempo de lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	Edad en años manifestada por el usuario	CUALITATIVA Años del paciente 18-30a 31-50a 50-65 ^a

SEXO	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en los proceso de reproducción	Diferenciación por genero	A)Masculino B)Femenino
DIRECCION	vivienda permanente y fija de una persona	Domicilio donde habita la persona que presenta la queja.	Cualitativo
SERVICIO	Un servicio es un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de un cliente .	Área a la que solicito el servicio dentro del hospital	Cualitativo

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSION:

1. Derechohabientes del IMSS que acudan al módulo a depositar la queja
2. Adscritos a la zona del hospital general No 24
3. Entre 18 y 65 años
4. Ambos sexos
5. Que asistan a demandar el servicio del hospital en los turnos matutinos vespertinos nocturnos y jornada acumulada
6. Se incluirán todas las quejas que se presentan en el formato correspondiente.

NO INCLUSIÓN

1. No adscritos a la zona del hospital general de zona No 24
2. Las quejas que sean anónimas
3. Las felicitaciones.

EXCLUSION

1. Hojas incompletas
1. Quejas incompletas
2. Quejas ilegibles

CRITERIOS DE ETICA EN BASE A LA DECLARACION DE HELSINKI :

Todo esto en base a los criterios de ética de declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos la cual tiene como propósito principal de la investigación médica en seres humanos así comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber
3. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

2014	Captura de datos												X	X
2015	Análisis e interpretación de datos	X	X											
2015	Difusión y publicación			X	X	X								

ANEXOS

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	"MOTIVOS MAS FRECUENTES E QUEJAS PRESENTADAS EN EL HGZ No 24 IMSS POA RICA VERACRUZ"	
Patrocinador externo (si aplica):	-----	
Lugar y fecha:	POZA RICA DE HIDALGO, VERACRUZ A DE DE 20-----	
Número de registro:	NO.REGISTRO:	NO. FOLIO:
Justificación y objetivo del estudio:	DETERMINAR EL MOTIVO DE QUEJA MAS FRECUENTE PRESENTADO EN EL HOSPITAL Y ASI REALIZAR ACCIONES PARA DISMINUIR SU INCIDENCIA	
Procedimientos:	REVISION DE VOLANTE DE BUZON	
Posibles riesgos y molestias:	SIN RIESGO	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	MOJARAR LA ATENCION AL DERECHO HABIENTE	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	-----	
Participación o retiro:	SEGÚN EL ARTICULO 100 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, DESCRIBE QUE EL PROFESIONAL RESPONSABLE SUSPENDERÁ LA INVESTIGACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, SI SOBREVIERNE EL RIESGO A LESIONES GRAVES, INVALIDEZ O MUERTE DEL SUJETO EN QUIEN SE REALICE LA INVESTIGACIÓN.	
Privacidad y confidencialidad:	SEGÚN EL ARTICULO 16 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD EN INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS SE PROTEGERÁ LA PRIVACIDAD DEL INDIVIDUO SUJETO A INVESTIGACIÓN, IDENTIFICÁNDOLO SOLO CUANDO LOS RESULTADOS LO REQUIERAN Y ESTE LO AUTORIZA.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	-----	

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):
Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DR .FRANCISCO ZARATE CRUZ MATRICULA 99314980 MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR UMF 73 POZA RICA VERACRUZ.

Colaboradores:

DRA ROSALBA STRAFFON VINCENT MEDICO ESPECIALISTA EN MDICINA FAMILIAR ADSCRITOAL HGZ24 POZA RICA VER MATRICULA MAT.99314370 correo electrónico: straffon"Hotmail.com

DR.ANDRES ALVARADO PEREZ MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR MATRICULA

99316485 Correo electronico:andaljj@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

FORMATO DE CAPTURA DE VARIABLES:

UNIDAD DE MEDICIN FAMILIAR NO 73 IMSS

POZA RICA VERACRUZ

CUESTIONARIO

Nombre:

Fecha:

No de Seguridad Social:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

En cuanto a la atención medica ¿usted la considera que existió maltrato por parte del personal de salud?

a) Si

b) No

¿Se Le otorgaron los estudios necesarios, y los medicamentos de acuerdo a su padecimiento?

a) Si

b) No

El tiempo que usted espero para ser atendido lo considera?

a) Adecuado

b) Inadecuado

Cree usted que las instalaciones cuentan con la higiene adecuada?

a) Si

b) No

¿Recibió Negativa por parte de algún servicio del Hospital?

a) Si

b) No

¿La información que se brindó por parte del personal de salud fue adecuado?

a) Si

b) No

¿La infraestructura del Hospital es adecuada para solucionar su demanda de salud?

a) Si

b) No

¿El personal que le brindo el servicio fue honesto con usted?

a) Si

b) No

¿Existió preferencia en la atención prestada?

- a) Si
- b) No

¿Usted considera que existe un Error en el servicio que se le otorgo?

- a) Si
- b) No

¿Existió Divulgación de datos personales de usted o de su paciente?

- a) Si
- b) No

BIBLIOGRAFIA:

1. **Tena T. C.** “Error y conflicto en el acto médico” Rev. Med. IMSS 2003; 41 (6): 461-463
2. **Rolando H. N., Vela H. G., Aguirre G.** “*La Calidad de la atención de la salud en México*” disponible en www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-02.pdf
3. **Ardon C. Nelson** *Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida* 12 (421) disponible en www.gerencias.salud.com

4. **Sánchez M R, León S.M.** *Equidad eficiencia cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros comparados con un nuevo modelo* Costa Rica 1995-1997
5. **Sánchez J.I. Bonne G.T.Pérez., F. C. Botín. D.M** *Evaluación de la calidad de la atención medica integral a trabajadores del municipio Santiago de cuba.* Revista cubana
6. **Frank W.S.M. Verheggen,. Peter P. M. Hearteloch.** *La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de los resultados de investigación mercadotécnica* Salud Publica de México Mayo-Junio 1993
7. **Padilla, G.** *Autores de la Gestión de la calidad.* Diciembre 2001 disponible en www.gestiopolis.com
8. **Chang M., Alemán M., Cañizares M., Ibarra A.,** *Satisfacción de los pacientes con la atención médica.* Revista cubana de medicina general integral 1999-15 541-7.
9. **Allen D.** *Administración de la calidad* Manual de la Administración de la Calidad editorial panorama.
10. **William T., Schutt-Aliné J., Cuca Y.** *Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar atravez de encuestas de satisfacción a clientes* *Perspectivas internacionales en planificación familiar.* Número especial 2001.
11. **Juran J.M. y F.M. Gryna** *Análisis y Planeación de la calidad.* Mc Graw Hill,: 4(79, 242,245).1995.
12. **Sandoval P. León C., Rojas O., Cortes F., Gómez G., Martin G.,** *Satisfacción del usuario: Análisis comparativo de acuerdo a variables organizacionales.* *Rev Medica del IMSS (Méx.)* 1997; 35 (1): 43-47.
13. **Aguirre-G.H** *“Evaluación y garantía de calidad de la atención médica”* *Salud Pública Méx* 1991; Vol. 33(6):623-629.
14. **Morales G., García P.** *satisfacción de usuarios en unidades de primer nivel de atención medica* *Rev. Medica IMSS (Méx)* 1997; 35(2):139-143
15. **Aguirre G.** *Administración de la calidad de la atención medica* *Salud Publica Méx Rev. Medica IMSS (Méx)* 1997 35(4) 257-264.
16. **Ruelas B.** *“La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia en gran escala”* Secretaria de salud Méx. 2001.