TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS:

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES.

PRESENTA:

Flor Angélica Bravo Jiménez

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

Medicina Familiar

ASESORA:

Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes

Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero, 2016

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN

PRESENTE

Por medio de la presente hago constar que la residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes

Flor Angélica Bravo Jiménez

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado

"PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES"

Número de registro: **R-2015-101-22** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La residente Flor Angélica Bravo Jiménez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular, agradezco la atención de la presente y quedo a la disposición de usted.

ATENTAMENTE

Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

IMSS

Aguascalientes, Aguascalientes, Octubre 2015

Dr. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Flor Angélica Bravo Jiménez

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES"

Número de registro: **R-2015-101-22** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La Dra. Flor Angélica Bravo Jiménez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo a la disposición de Usted.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

FLOR ANGÉLICA BRAVO JIMÉNEZ
Presente:

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

"PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES REPIRATORIAS AGUDAS EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 30 de octubre del 2015.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser lo más importante que tengo en la vida, porque todo lo que soy y lo que tengo es por Él y gracias a Él por este logró más.

A mi madre por ser el motor de mi vida y de mi carrera, por su fortaleza, sabiduría y consejos, por su ejemplo de vida y de amor, trabajadora incansable y fiel amiga.

A mi padre por ser apoyo incondicional en momentos difíciles, por su cariño y comprensión.

A mi hermana por su invaluable compañía, su tolerancia, mi cómplice, compañera y amiga, porque llena de sonrisas mi vida.

A mi asesora por su paciencia, enseñanzas y su tiempo.

A mis compañeros de la especialidad y amigos por sus incontables muestras de apoyo y comprensión, los llevo en el corazón.

A mis maestros y guías para la realización de este trabajo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

DEDICATORIAS

A Dios y a mi familia con todo mi amor.

Por ser el pilar de mi vida, por compartir mis triunfos y alegrías, por su comprensión, cariño, apoyo y fortaleza.

Son lo mejor que tengo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ÍNDICE GENERAL

ACRÓNIMOS 5
RESUMEN 6
ABSTRACT 7
INTRODUCCIÓN: 9
I.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS 10
I.A.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO 10
I.B.- MODELO ATENCIÓN INTEGRAL EN IRA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 18
I.C.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 21
II.- MARCO TEÓRICO 22
II.A.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA 22
II.A.1.- CONCEPTO DE PERCEPCIÓN 22
II.A.2.- CONCEPTO DE CALIDAD 25
II.A.3.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, PERSPECTIVA DEL USUARIO 30
II.A.4.- DIMENSIONES DE LA CALIDAD 31
II.A.5.- MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA 38
II.A.6.- SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA 49
II.A.7.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA 52
II.B.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 54
II.B.1.- DEFINICIÓN 54
II.B.2.- EPIDEMIOLOGÍA 54
II.B.3.- ETIOLOGÍA 54
II.B.4.- FACTORES DE RIESGO: 55
II.B.5.- FORMAS DE TRANSMISIÓN 55
II.B.6.- DIAGNOSTICO 56
II.B.7.- CLASIFICACIÓN 56
II.B.8.- DATOS DE ALARMA 61
II.B.9.- PREVENCIÓN 62
II.B.10.- RECOMENDACIONES 63
II.B.11.- PERSPECTIVAS Y METAS 63
II.C.- ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD 64
II.C.1.- DEFINICIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD 64

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.C.2.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD 64
II.C.3.- FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR..... 68
III.- JUSTIFICACIÓN..... 75
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 77
IV.A.- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO..... 77
IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD..... 78
IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD: 79
IV.C.1.- NIVEL LEGISLATIVO 79
IV.C.2.- NIVEL POLÍTICO..... 80
IV.C.3.- NIVEL INSTITUCIONAL 82
IV.C.4.- NIVEL LOCAL..... 83
IV.D.- NATURALEZA DEL PROBLEMA 83
IV.E.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA..... 84
IV.F.- DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA 85
IV.G.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA 86
IV.H.- ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO 88
IV.I.- BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA 89
IV.J.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA..... 91
IV.K.- LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 92
V.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN..... 93
VI.- OBJETIVOS 94
VI.A.- OBJETIVO GENERAL..... 94
VI.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS 94
VII.- HIPÓTESIS 95
VII.A.- HIPÓTESIS ALTERNA (H_1)..... 95
VII.B.- HIPOÉTSIS NULA (H_0)..... 95
VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS. 96

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO 96
VIII.B.-POBLACIÓN DE ESTUDIO. 96
VIII.B.1.- Universo de Trabajo. 96
VIII.B.2.- Unidad de Análisis. 96
VIII.B.3.- Criterios de inclusión. 96
VIII.B.4.- Criterios de no inclusión. 96
VIII.B.5.- Criterios de eliminación. 96
VIII.C.-TIPO DE MUESTA 97
VIII.C.1.- UNIVERSO Y MUESTRA 97
VIII.D.- LOGÍSTICA. 97
VIII. E.- RECOLECCIÓN DE DATOS. 98
VIII.F.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. 98
VIII.G.- VALIDEZ DE INSTRUMENTO 99
VIII.G.1.- Validez aparente 99
VIII.G.2.- Validez de contenido: 99
VIII.G.3.-Validez del constructo: 100
VIII.H.- PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS. 100
VIII.H.1.- Procesamiento y análisis de datos. 100
VIII.H.2.- Transformación de datos. 100
VIII.H.3.- Descripción de variables y operacionalización de las variables 100
IX.- ASPECTOS ÉTICOS. 102
X.- RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD. 102
X.A.- HOJA DE GASTOS 102
XI.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD. 102
XII. RESULTADOS 103
XIII.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS 113
XIV.- CONCLUSIÓN 115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 117
ANEXOS 132
ANEXO A.- INSTRUMENTO 132
ANEXO B.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 137
ANEXO C.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 146
ANEXO D.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 147
ANEXO E.- MANUAL OPERACIONAL 148

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.- Dimensiones de la calidad de los servicios de salud 32
Cuadro 2. Hoja de gastos 102
Cuadro 3. Características sociodemográficas de los participantes..... 103
Cuadro 4. Tipo y motivo de consulta. 104
Cuadro 5 . Percepción de la calidad de atención médica según dimensión evaluada. ... 105
Cuadro 6. Distribución de la percepción de la calidad en la dimensión estructura en relación con las características sociodemográficas de los padres..... 109
Cuadro 7. Distribución de la percepción de la calidad en la dimensión proceso en relación con las características sociodemográficas de los padres. 110
Cuadro 8. Distribución de la percepción de la calidad en la dimensión resultado en relación con las características sociodemográficas de los padres..... 112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo nórdico de la calidad del servicio 43
Figura 2. Modelo de Evaluación del cliente sobre la Calidad del Servicio 44
Figura 3. Modelo SERVPERF para evaluar la Calidad del Servicio 44
Figura 4. Modelo Jerárquico y Multidimensional de la Calidad del Servicio..... 45
Figura 5. Modelo “American Customer Satisfaction Index (ACSI)” 45
Figura 6. Algoritmo Diagnóstico de las IRA en niños menores de 5 años 62
Figura 7. Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar 68
Figura 8. Elementos del Fortalecimiento de la Atención Integral en Medicina Familiar 72
Figura 9. Circulo vicioso de la ausencia de calidad 85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Percepción global de la calidad de la atención médica de los padres de niños menores de 5 años con IRA en el MFAIMF. 104
Gráfico 2. Percepción de la calidad de atención médica según dimensión. 105
Gráfico 3. Percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas sobre la estructura de la atención médica en el MFAIMF. 106
Gráfico 4. Percepción de los padres sobre el proceso de la atención médica. 107
Gráfico 5. Percepción de los padres sobre los resultados de la atención médica. 108

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ACRÓNIMOS

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria a la Salud
DH	Derechohabientes
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENSANUT	Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición
EUA	Estados Unidos de América
FR	Frecuencia Respiratoria
GPC	Guías de Práctica Clínica
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MAPIS	Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria de Salud
MFAIMF	Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SILAIS	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
UMF	Unidad de Medicina Familiar
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RESUMEN

Las IRA se encuentran entre las principales causas de muerte en la mayoría de los países en desarrollo y siendo el principal motivo de consulta en niños menores de 5 años en el IMSS, la calidad de la atención brindada en las unidades médicas de primer nivel es crítica y fundamental para disminuir la morbimortalidad por IRA. En los últimos años se han creado nuevos Modelos de Atención Médica con el fin de brindar servicios con calidad y calidez. En la UMF 11 del IMSS Aguascalientes se ha implementado el MFAIMF, con el propósito de mejorar la percepción de la calidad de atención y satisfacción de los derechohabientes para fomentar su participación en el cuidado de su salud.

OBJETIVO: Identificar la percepción de la calidad de atención médica en padres de niños menores de 5 años con IRA en el MFAIMF en la UMF 11 IMSS Aguascalientes.

MATERIALES Y METODOS: Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se tomó una muestra de 211 padres. Se realizó una entrevista cara a cara en base a un instrumento adaptado y validado de 50 preguntas para determinar las áreas propuestas por Donabedian: estructura, proceso y resultado. Se describieron frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, y la X^2 para comparación de proporciones utilizando el programa SPSS versión 21, obteniendo gráficas de frecuencias.

RESULTADOS: 63% tuvieron buena percepción global, 29% regular y 8% mala. En la dimensión estructura fue buena para 43%, regular para 52% y mala para 5%; en el proceso 73% buena, 20% regular y 7% mala; para el resultado 50% buena, 43% regular y 7% mala. Los padres con cita previa tuvieron mejor percepción que los espontáneos (p=0.031), la escolaridad secundaria (p=0.020) y ocupación hogar (p=0.035) se relaciono con buena percepción del proceso, en la dimensión resultados hubo significancia entre la buena percepción y la ocupación hogar (p=0.026) y el estado civil casados (p=0.021).

CONCLUSIONES: la percepción de la calidad es buena para la mayoría, el principal problema percibido es el tiempo de espera prolongado. Se recomienda conocer las expectativas de los usuarios para mejorar la calidad de atención médica.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ABSTRACT

PERCEPTION OF THE QUALITY OF CARE FOR PARENTS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN THE MODEL OF INTEGRAL CARE STRENGTHENING FAMILY MEDICINE AT THE FAMILY MEDICINE UNIT 11 IMSS AGUASCALIENTES

Acute respiratory infections (ARI) are among the leading causes of death in most developing countries and is one of the leading causes of morbidity in children under 5 years in the Mexican Social Security Institute (IMSS). Thus, the quality of care provided in the medical units of primary care is critical and essential to reduce morbidity and mortality from ARI in children under 5 years. In recent years they have created new health care models for the sole purpose of providing medical services with quality and warmth. In the Family Medicine Unit 11 IMSS in Ags. has implemented the system Strengthening of Family Medicine, in order to improve the perception of quality of care and satisfaction of the beneficiaries to promote participation in health care.

MATERIALS AND METHODS: Cross-sectional, descriptive and observational study. A sample of 211 parents of children under 5 with ARI was taken. An interview was conducted based on an instrument adapted and validated, 50 questions based on the areas proposed by Donabedian: structure, process and outcome. They were described absolute and relative frequencies for the variables in categorical scales, and X^2 for comparison of proportions using SPSS version 21 program, obtaining their frequency graphs.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RESULTS: 63% of parents had good overall perception, 29% regular and 8% bad. In the dimension structure it was good for 43%, moderate for 52% and 5% bad for; in the process 73% was good, 20% regular and 7% bad; for the dimension outcome: 50% good, 43% regular and 7% bad. Parents with appointment had better perception than spontaneous (p=0.031), elementary education (p=0.020) and the housewife (p=0.035) was associated with good perception of the process, in the dimension outcome there was significance between good perception and household occupation (p=0.026) and married marital status (p=0.021).

CONCLUSIONS: The perception of quality is good for most people, the main problem perceived problem is the long waiting time. It is recommended to know the expectations of users to improve the quality of health care.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INTRODUCCIÓN:

Los niños representan el futuro de México, por eso su crecimiento y desarrollo saludable son primordiales. El problema de la salud y la mortalidad infantil está indisolublemente asociado con factores socioeconómicos relacionados con el entorno familiar y comunitario. A pesar de la reducción de la tasa de mortalidad infantil, las IRA se encuentran entre las principales causas de muerte en la mayoría de los países en desarrollo y es una de las primeras causas de morbilidad en niños menores de 5 años en el IMSS, estimándose que por lo menos la mitad de las muertes ocurridas en la primera infancia son prevenibles, es por eso que representan un desafío que enfrentan los servicios de salud en relación a la Atención Integral del niño. Los programas de control se basan en el adecuado manejo a través de la prevención, diagnóstico precoz y eficaz tratamiento. De esta forma, la calidad de la atención brindada en las unidades médicas de primer nivel de atención es crítica y fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad por IRA en niños menores de 5 años. El Sistema Nacional de Salud en México se ha transformado en los últimos años buscando responder de manera oportuna y eficaz a las necesidades del país creado así nuevos Modelos de Atención Médica con el único fin de brindar servicios médicos con calidad y calidez, sin embargo, la calidad de los servicios sigue siendo descrita como deficiente por el usuario. En este sentido, en la UMF 11 del IMSS en la Delegación Ags. se ha implementado el MFAIMF, con el propósito de mejorar la oportunidad, seguimiento y control de las enfermedades, incrementar la capacidad resolutiva y mejorar la gestión del sistema de medicina familiar y de esta manera mejorar la percepción de la calidad de atención y satisfacción de los derechohabientes para fomentar su participación en el cuidado de su salud. El determinar la calidad incluye identificar la opinión de los pacientes, el grado de accesibilidad, el trato humanizado, la comunicación, la cortesía y la amabilidad, la competencia profesional, la capacidad de respuesta de cada servicio lo que el paciente ve como una sola atención. La calidad de la atención desde la perspectiva del usuario ha sido un instrumento muy importante, rápido y poco costoso que le brinda una herramienta indispensable al equipo de salud, frente a un nuevo modelo de Atención Integral. Lo que servirá para otras investigaciones, pues se pretende proporcionar un elemento de fortalecimiento para el diseño y planeación de intervenciones, además de determinar si los resultados obtenidos son comparables con los estudios realizados en México y el extranjero sobre la percepción de la calidad de atención que tiene la población general en servicios públicos en Salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

I.A.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Contreras y cols. (2015) Realizaron un estudio descriptivo para conocer la percepción de los usuarios (la mayoría acompañantes) sobre la calidad de los servicios prestados por las instituciones públicas en México, con un instrumento adaptado a las necesidades de las instituciones, añadiendo una técnica cualitativa (técnica de incidente crítico) donde el usuario puede externar lo que percibió como bueno ó malo del servicio de salud. Los resultados fueron que el 95% se sentían confiados con el diagnostico y tratamiento, 78% de los médicos recordó su padecimiento anterior lo que creo familiaridad en el trato, 80.3% está satisfecho con el servicio recibido, solo el 55% percibieron bueno el servicio y 9.4% excelente; la mayoría percibe una buena relación entre el médico - enfermera – paciente. Se concluyó que a fin de proporcionar un servicio de calidad la organización debe implementar propuestas de mejora continua: generar una actitud de amabilidad en el personal sanitario, registro detallado de cada paciente, entrenamiento médico, mobiliario adecuado, suficiente espacio y entretenimiento en salas de espera, mejorar la tecnología, surtimiento de medicamentos, renovar la información publicada, acelerar el tiempo de espera y la cita abierta.(1)

Sinclair (2013) "Percepción de la calidad de atención recibida por los usuarios de la consulta externa de un Centro de Salud de Nicaragua en el 2013", estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal con los objetivos de determinar la apreciación de la atención recibida, valorar la satisfacción de la infraestructura, equipamiento y el flujo de atención de los servicios brindados, mediante la aplicación de un instrumento oficial del Ministerio de Salud a 227 usuarios mediante muestreo aleatorio simple, se encontró que en general los usuarios están satisfechos con la atención recibida (96.5%), que es aceptable el tiempo de espera (58.1%) (30 – 60 minutos), la duración de la atención (de 10 a 15 minutos, 63.4%) y el horario (79.3%); 59.9% fue atendido por un médico, 58.6% percibieron que recibieron buen trato, a 97.4% se les respeto su privacidad, con respeto y amabilidad (95.6%), la mayoría recibió los medicamentos recetados (88.1%) y la mayoría de los usuarios perciben la infraestructura de la unidad con buena iluminación, regular ventilación, regular sala de espera, buena limpieza, que hace falta material médico, la mayoría conoce el flujo de los servicios de atención médica y lo califican como bueno.(2)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Benjamín (2013) mediante un estudio descriptivo, sobre la percepción de la calidad de atención de los usuarios externos de un hospital de Managua, con una muestra de 250 usuarios a través de una encuesta estructurada en la que se exploro la percepción de los usuarios (excelente, buena, regular o mala) y se valoró la estructura, el proceso y resultados de la atención, incluida la satisfacción. Los resultados muestran que los jóvenes de 20 a 24 años demandan más el servicio médico, recibieron la atención entre 15 a 30 minutos, lo cual les pareció mucho; la duración de la consulta les pareció poca (5 a 10 minutos) quedando insatisfechos, 76% refirió como bueno la atención percibida, la mayoría con privacidad, el trato del médico fue bueno (48%), de enfermería (66%), recepción (43%) y farmacia (44%). Se concluye que el mayor problema percibido es el tiempo de espera largo, poco tiempo dedicado a la consulta y el mal trato del personal.[(3)]

Reyes y cols. (2013) analizaron la "Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria de los servicios de salud en México", de las ENSANUT 2006 y 2012; utilizando un modelo multivariado para identificar los factores asociados con la percepción de mejoría después de la atención; mediante muestreo polietápico a 14 104 usuarios de los servicios de salud mediante entrevista directa. En los resultados se encontró que la percepción de buena atención médica se elevó de 82 a 85% y la de mejoría del estado de salud de 79 a 81%. La buena atención, el buen trato, la explicación sobre la enfermedad y tratamiento, la consulta sin cita previa, la oportunidad de elegir y menor tiempo de espera (< 30 minutos) se asociaron con la percepción de mejoría; en contraste, la percepción de mala calidad estuvo en función del tiempo de espera prolongado, mal trato, falta de mejoría, desacuerdo con el diagnóstico o el tratamiento y la falta de medicamentos. Se concluyó que la percepción de los servicios de salud otorgados por las instituciones públicas IMSS y SSA aumentó del 2006 al 2012, quizá como resultado de las políticas en salud para mejorar la calidad integrada (SICALIDAD) y la implementación de regulación del desempeño mediante las GPC en el IMSS, sin embargo es necesario fortalecer estrategias organizacionales para brindar mejor atención con mayor oportunidad y responder a las expectativas de los usuarios.[(4)]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Hamui y cols. (2013) realizaron un estudio sobre las expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Se utilizó el instrumento SIUSEX, compuesto por apartados cuantitativos y cualitativos como herramienta metodológica ante la percepción de la satisfacción con la atención médica y fundamentado en el paciente y en el sistema INDICAS, aplicando 2 191 cuestionarios y 57 entrevistas de profundidad en 19 unidades médicas de la Secretaría de Salud. Se creó un modelo de regresión logística multivariable para observar las asociaciones estadísticamente significativas con la variable satisfacción. En las expectativas: la mayoría conocían el sistema de salud donde se atienden por lo que saben que esperar de él. En los resultados de satisfacción se distinguieron los grupos: 1) No muy satisfechos (25%): sus experiencias están por debajo de sus expectativas (mujeres adultas, con padecimientos crónicos, con educación superior); 2) Muy satisfechos (38%): sus experiencias rebasan sus expectativas (recibieron buen trato, atendidos por un médico responsable y comprometido, con comunicación efectiva, subsecuentes, en consulta externa, nivel socioeconómico bajo, escolaridad baja; principal valor: bajo costo); 3) Resto de población (37%): concordancia entre experiencias y expectativas (trato y tratamiento). En el análisis cualitativo se encontró que las expectativas rebasaron los límites físicos del hospital enfocándose más en la esfera familiar y social de los usuarios que en la atención médica, encontrando una amplia brecha entre la experiencia (pasado) y expectativas (futuro) ya que su problema no se resolvió; el usuario se siente muy satisfecho al poder realizar sus actividades, mantener el buen ánimo y perciban que su familia está más unida, las demás variables no tuvieron significancia. En los resultados negativos de la percepción destacan la normatividad institucional, la complejidad tecnológica, atención y trato recibido, la falta de coordinación e inadecuada infraestructura. La satisfacción fue una valoración hecha a partir de la percepción del bienestar subjetivo de la persona enferma, familiar o acompañante, que desde las dos metodologías, fue alto; así las variables percepción y valoración subjetiva se deben considerar para diseñar, impulsar o apoyar otro proyecto.[(5)]

INP (2012) realizó una “Encuesta de satisfacción del usuario” en el Instituto Nacional de Pediatría como parte de su Sistema de Gestión de Calidad utilizando un cuestionario con base en el Sistema Nacional de Calidad y el Programa Aval ciudadano, en la que se evaluó la calidad de la atención médica de acuerdo a la percepción de los familiares, mediante un estudio aleatorio simple y muestreo estratificado aplicado a 450 familiares de pacientes egresados de consulta externa, urgencias y hospitalización, obteniéndose los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

siguientes resultados: 58% consideró que la información proporcionada por el médico es clara, 34% muy clara y 5% regular; el trato fue bueno (54.7%) y 49% estaba satisfecho con el tiempo de espera, 59% considera que las instalaciones y el mobiliario son adecuadas; se concluye que la percepción de los usuarios respecto a la atención médica y a las instalaciones permite identificar puntos de mejora.[6]

Estrada (2012) mediante su estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, con el objetivo de determinar la satisfacción de la población ante los servicios de salud brindados por los equipos comunitarios de salud familiar en el municipio de Jocoaitique, mediante muestreo simple aleatorio se entrevistaron 111 personas utilizando como técnica de recolección de información y sistematización el programa Epi – Info. Se encontró que el grupo de edad predominante fue de mujeres de 30 a 59 años, amas de casa, con escolaridad primaria, de área rural, la principal causas de visita fueron las IRA; el 79% evalúa como buena la atención, 68% fue atendida por un médico, 97% le explicaron el diagnostico y tratamiento, 96% confía en quien lo atendió, el tiempo para ser atendidos fue de 30 a 60 minutos lo que consideran aceptable y el tiempo de consulta fue de 10 minutos aceptable; la mayoría refirió que el horario era adecuado, el centro era accesible y recibieron los medicamentos, pero la mayoría no conocía los servicios de salud; el ambiente físico (luz, ventilación, temperatura, limpieza y seguridad) era adecuado. El 77.5% estuvo satisfecho ó muy satisfecho con los servicios de los equipos comunitarios de salud familiar, se concluyó que en general la percepción de la calidad fue buena.[7]

Marinja y cols. (2011) realizaron un estudio para caracterizar los cuidados y servicios en salud que se ofrecen a niños menores de 5 años con IRA, EDA y/o desnutrición; fue concebido como un estudio observacional, descriptivo y transversal, auspiciado por la UNICEF, a 227 madres, padres y cuidadores de los niños/as de 9 comunidades en la República Dominicana. Las dimensiones exploradas de la calidad de atención percibida por padres/tutores fue la accesibilidad, tiempo de espera, competencia profesional, trato e instalaciones. Se encontró una visión negativa de la calidad, a expensas de el largo tiempo de espera (44.9%), seguido por la distancia de su zona de residencia (11.7%) y el mal trato del personal (10.6%), 66.8% afirmó haber recibido información vinculada a la salud y bienestar familiar en el último año, con mayor frecuencia a la prevención de enfermedades (40.4%), pero poca mención de aspectos vinculados a cuidados infantiles (19.7%). Se concluye que se requiere fortalecer las acciones de promoción de salud y la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

relevancia del funcionamiento oportuno de los establecimientos de atención primaria para los grupos de población más vulnerables.[8]

Ríos (2011) en su estudio observacional, transversal y descriptivo sobre la "Percepción de la calidad de la atención médica por los adultos mayores de las unidades de medicina familiar de Aguascalientes", obteniendo una muestra por conveniencia de 295 adultos mayores, se aplicó un instrumento construido por la autora de 35 preguntas y validado por un grupo de expertos, donde se evaluó las áreas de estructura, proceso y resultado de la atención médica recibida. Los resultados mostraron que la mayoría de los adultos mayores (82.1%) percibió que la atención médica era buena, 13.8% dijo que era regular y 4.1% la refirió mala; la percepción de los adultos mayores en las tres dimensiones de la calidad fue buena; el principal indicador de la insatisfacción en la dimensión de Estructura fue el de Oportunidad (tiempo de espera el día de la cita), en la dimensión de Proceso fue la falta de información sobre la enfermedad y en la dimensión de Resultado la satisfacción de las expectativas y de la atención médica. Se concluyó que en este grupo etario existe buena percepción de la calidad de atención médica, sin embargo, se insta a elevar o mejorar la buena percepción de los pacientes.[9]

FUNDESALUD (2010), una fundación que presta servicios de consultoría en Colombia, realizó el proyecto "Calidad de la atención en salud, Percepción de los usuarios", de tipo descriptivo, mediante técnicas cualitativas para la identificación de las dimensiones de calidad, revisión documental, grupos focales y entrevistas con usuarios, directivos y expertos y el uso de una prueba cuantitativa con enfoque metodológico "SERVQUAL" como la valoración subjetiva que hacen los usuarios de los servicios de salud para medir calidad de los servicios prestados con muestreo aleatorio estratificado a 510 usuarios; en el que se encontró que para los usuarios los aspectos relacionados con el proceso de atención, especialmente las relaciones interpersonales son las que identifican como principales indicadores para evaluar la calidad, el nivel de la calidad de la atención en salud según la perspectiva de los usuarios se encuentra por debajo de la expectativa, lo que sugiere que el nivel de calidad no alcanza totalmente la satisfacción del usuario en las cinco dimensiones de calidad evaluadas: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, el 19% declaro estar insatisfecho. Se concluyó que para los usuarios los aspectos físicos y personales son igualmente significativos porque dimensionan un servicio de atención en salud de calidad.[10]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sauceda y cols. (2010) realizaron un estudio sobre la experiencia del tiempo de espera y gastos y los factores asociados con la percepción de baja calidad de la atención médica en México; comparando Secretaría de Salud (SSa), Seguridad Social (SS) y atención médica privada; con el objetivo de analizar como la percepción de la calidad de atención es derivada de la experiencia de los usuarios. Estudio descriptivo, con muestreo simple basado en la ENSANUT 2000 se aplico una encuesta a 11 959 usuarios procesando los resultados mediante análisis de regresión logística multivariable. En relación a la accesibilidad y gasto se observó que la mayoría de los usuarios tardan en llegar a la Unidad 10 minutos lo que se considera aceptable por el usuario (OR 1.42). El principal factor asociado con la baja percepción de calidad fue el tipo de Institución: SSa y SS con percepción más baja que la atención privada (OR 4.36 para el SS y 2.38 para la SSa), el tiempo de espera > de 60 minutos (OR 3.20), poca mejoría de la salud después de consulta (OR 2.93) y que la duración de la consulta fue menor de 20 minutos (OR 2.03). Concluyeron que asociar la experiencia actual del usuario con su percepción del servicio es importante para incidir en los servicios deficientes y mejorar de esa manera la percepción de calidad que tienen los usuarios de los servicios de salud.[(11)]

Calzada (2010) realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo y analítico con el fin de evaluar la percepción de la calidad del servicio en la Unidad de Terapia Intensiva brindado por el equipo de salud multidisciplinario; con un instrumento validado por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México, aplicado a 29 familiares y representantes legales de pacientes que se encontraban en la Unidad de Cuidados Intensivos, a través de técnicas de entrevista directa y estructurada; encontrando que el 100% de los familiares recibieron información respecto al padecimiento y estado de salud del paciente, la mayoría de esta información fue proporcionada por el médico, la cual fue de fácil comprensión, se aclararon las dudas del padecimiento, pero solo la mitad reconocen que el médico brinda una explicación amable y 31% de los médicos les habla en términos que no entienden, 6.9% calificó como grosera y prepotente la actitud del médico; la mayoría (86.2%) perciben los cuidados de enfermería como muy buenos al igual que la atención de trabajo social y adecuado el servicio del personal de vigilancia. La percepción de la calidad de atención que proporciona el equipo multidisciplinario se considera excelente solo en 36.35% de los familiares, 29.55% como buena, 10.31% como mala y el resto lo desconoce. Se concluyó en que la calidad del servicio que otorga el equipo multidisciplinario es muy buena.[(12)]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cedeño (2010) mediante su estudio prospectivo, descriptivo, llamado "Evaluación de la calidad de la atención en consulta externa en el Subcentro de salud de San Lorenzo de Manta, Guayaquil, Ecuador", que tuvo como finalidad conocer si el tipo de atención recibida es satisfactoria, regular o insuficiente; usando el modelo que propone Donabedian que evalúa accesibilidad, estructura física, procesos y resultados y de acuerdo a estos, elaborar un plan para mejorar la calidad, con una muestra de 339 pacientes, además de determinar la morbilidad de este centro; los resultados fueron que las enfermedades más frecuentes en el grupo etario de 1 a 4 años de edad son la IRA (48%), y las mujeres adultas son el principal usuario de este centro; respecto a los resultados de los análisis de las encuestas de la calidad de atención se considera que la falta de medicina y la infraestructura tiene que mejorar (90%) y 75% está satisfecho con la atención recibida en general. La propuesta de mejora fue la de optimizar la calidad de los servicios de salud centrada en el usuario, mejorar la estructura y procesos de los servicios de salud, fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.[13]

Barrera (2008) mediante su estudio "Calidad de atención en las unidades de salud del SILAIS en Masaya, según la percepción de los usuarios", posterior a la implementación de un modelo de atención preventiva familiar, que busca responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de obtener una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, predominantemente cualitativo, tomando una muestra aleatoria simple, se aplicó un cuestionario validado y confiable, a 450 pacientes. Se encontró que los usuarios perciben buena atención médica (89%), el tiempo de espera fue aceptable para 54% de los usuarios, a pesar de que la mayoría espero más de 2 horas para recibir atención médica; la duración de la consulta fue de menos de 15 minutos en el 56%, al 65% se les surtió su receta totalmente, 69% manifestó no haber percibido ningún tipo de cambio en la atención médica en comparación con los años anteriores sin la implementación del SILAIS. Se concluyó que el nuevo modelo de atención no fue percibido en su totalidad, principalmente por el tiempo de espera aún prolongado, sin embargo hay cambios significativos positivos en la percepción del trato que reciben.[14]

Leyton (2004) realizó un estudio para determinar las percepciones y expectativas del usuario respecto a la atención del personal de salud en Chile en torno a un nuevo Modelo de Salud Familiar en donde los profesionales tenían mayor capacidad de resolución y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

capacidad técnica. Fue un estudio cualitativo, descriptivo, utilizando como técnica la recolección de datos, sesiones de análisis y discusión participativa a tres grupos focales de 8 integrantes cada uno, elegidos al azar. Los resultados revelaron que los principales problemas de salud que perciben los usuarios son los problemas económicos del sistema de salud, la falta de programas específicos para alcoholismo y drogadicción, el desconocimiento de las prestaciones de salud, regular e insuficiente atención en general, cambio constante de médicos en consultorio, el horario inadecuado para solicitar una cita, el tiempo de espera prolongado, jornada laboral incompatible con la atención médica; en general los usuarios están insatisfechos por la información otorgada por el personal administrativo, actividades de solicitud de atención y atención médica por falta de horas y continuidad en la atención. Se concluyó que los usuarios le dan gran importancia al buen trato durante la atención médica, a las indicaciones que se les hacen, al tiempo de espera y la infraestructura de la Unidad de Salud.[15]

Ortiz y cols. (2004) realizó un estudio transversal, comparativo y analítico sobre la satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo en México y su relación con la percepción de la calidad de la atención médica. Mediante muestreo aleatorio simple se obtuvo 8 109 usuarios, el cuestionario validado fue diseñado mediante las bases metodológicas y conceptuales de Donabedian explorando 6 dimensiones de la calidad: accesibilidad, disponibilidad, dimensión interpersonal, información, infraestructura y proceso de la atención. La proporción de satisfacción fue del 84.9%, lo que influyo más negativamente en la percepción de calidad del servicio fue en la organización hospitalaria (trámite para obtener la consulta) y la infraestructura (comodidad y limpieza), omisiones de revisión y diagnóstico por ausencia de información del padecimiento; las mayores proporciones de la percepción de la calidad mala fueron en las instituciones de seguridad social (39.4%), el 47.9% de los usuarios tenían la expectativa de mejor atención lo que determinó la insatisfacción de los usuarios. Se concluyó que la satisfacción de la atención depende de una serie de circunstancias de orden cultural, social y económico, y que la percepción de insatisfacción estuvo relacionada con escasa información sobre el padecimiento, omisión de exploración y diagnóstico, inadecuado trato del médico y complicado trámite para obtener la consulta.[16]

Kerssens y cols. (2004) realizó una comparación entre la percepción de la calidad de salud de los pacientes en atención primaria en relación con los índices de desempeño de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

la OMS en 12 países europeos. Aplicando el instrumento Quote (Quality of care through patients' eyes) a 5 133 pacientes. Los resultados mostraron que la correlación varió de baja a muy alta entre los resultados de los países estudiados, la mayor correlación positiva entre la percepción de calidad de atención y el desempeño según la OMS (0.86) fue que los proveedores de atención primaria tienen una buena comprensión de los problemas de los pacientes en todos los países; y grandes variación en otros aspectos por ejemplo, con respecto a la prescripción de medicamentos y la comunicación entre los proveedores de atención primaria. Se concluyó que las evaluaciones de percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención primaria mostraron grandes diferencias entre los países, lo que se relaciono positivamente a las medidas de rendimiento de la OMS de los sistemas de atención de salud.[17]

I.B.- MODELO ATENCIÓN INTEGRAL EN IRA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Cruz (2013) estudió la aplicación adecuada de las normas de atención integral, en el manejo de las IRA en menores de 5 años, mediante un estudio descriptivo, evaluativo y de corte transversal en donde se realizó una revisión del expediente clínico de niños que fueron llevados a atención médica a una unidad de salud administrada por la Fundación Childrens Wellnes Fund (CWF); se encontró que la clasificación diagnóstica de las IRA se hace de acuerdo a las normas de la AIEPI, pero los expedientes carecían de datos de la historia de la enfermedad, falta de hallazgos de síntomas y de la exploración física, la mayoría no tenia registro de la FR, por lo tanto se considera diagnostico erróneo y no resolución del cuadro clínico, además del uso indiscriminado de antibióticos, antihistamínicos y antitusivos sin justificar su uso, poca orientación de signos de alarma, alimentación y líquidos, manejo de la fiebre, cuidados de la nariz, citas de seguimiento a los 5 días ó registro de referencia por gravedad. Se concluyó que la aplicación de la normas de Atención Integrada en el manejo de los niños menores de 5 años con IRA no son adecuadas, lo que condiciona a baja calidad del servicio de salud brindado.[18]

Naranjo y cols. (2011) evaluaron el impacto de la aplicación efectiva de la estrategia AIEPI en el tratamiento en el hogar de las IRA, específicamente de las neumonías leves en niños menores de 5 años que acuden a un Centro de Salud de Ecuador. Mediante un estudio descriptivo, de corte transversal, a partir de la aplicación de un cuestionario a 257 madres de los niños obteniéndose mediante muestreo aleatorio simple, el cual fue validado por el autor. Los resultados mostraron que la mayoría de las madres tenían

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

educación básica completa; la mayoría creían que la neumonía fue causada por bacterias, virus, polvo, humo y humedad y que el principal factor ambiental que producen las IRA es la caída de ceniza volcánica, las IRA afectan más a niños que a niñas (51.5%), la mayoría de las madres no administran completo el tratamiento indicado en casa, lo que predispone al niño con IRA a resistencia antibiótica y a hospitalización, pero lo más alarmante es que las madres no están concientizadas en las complicaciones de esta enfermedad a pesar de la atención integrada que se da en esta Unidad de Salud, por lo que se hace hincapié en la capacitación continua de las madres de los niños menores de 5 años con IRA.[19]

Álvarez (2011) realizó un estudio descriptivo, observacional, cuantitativo en Ecuador para evaluar los logros de un Modelo de Atención Integral de Salud Comunitario e Intercultural (MAIS – FC) basado en la Atención Primaria a la Salud renovada, enfocado en la promoción, prevención, curación y rehabilitación con calidad y calidez, mediante el levantamiento de 4 030 fichas familiares en donde se observó el incremento notable en la promoción y prevención de la salud como el incremento de las inmunizaciones, control de niño sano y planificación familiar con respecto al anterior Modelo Tradicional de Atención Primaria a la Salud. Por lo que se concluye que con la implementación del nuevo Modelo de atención a la salud basado en equipos básicos de salud, aplicación de la ficha familiar y las visitas domiciliares se ha mejorado la calidad de vida de la población.[20]

Ruíz y cols. (2011) realizaron un estudio cualitativo a partir de la triangulación de fuentes y actores de otro estudio, sobre la experiencia de implementación de un Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria de Salud (MAPIS), mediante entrevistas a directivos y a grupos focales de la comunidad. Los resultados según las categorías emergentes derivadas de la apropiación de los atributos del modelo es que se encontraron problemas en los aspectos filosófico – conceptuales y en la gestión operativa; dicha estrategia es selectiva pues está centrada en acciones de predominio rural realizadas por enfermería y orientadas al cumplimiento de metas de Salud Pública. Se concluyó que las limitantes más destacadas para la implementación de este Modelo son de tipo estructural (recurso humano irregular y falta de formación de los profesionales), y determinadas por un sistema de salud segmentado y fragmentado operativamente.[21]

Andersen y cols. (2010) con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo realizaron una evaluación cuantitativa y cualitativa del programa de atención a niños menores de seis años, donde se aplicó el Modelo de Atención Integral en cuatro dimensiones: salud,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nutrición, educación y protección; realizando entrevistas de profundidad y visitas de campo a las Unidades. Se encontró que el porcentaje de niños con IRA referidos a estos centros integrales fue de 68%, los principales problemas encontrados (criterios de la OCDE) reflejan que la percepción de mala calidad de las personas entrevistadas fue la deficiente accesibilidad, la poca coordinación del equipo de salud, no habiéndose sistematizado las visitas y prácticas, sus ambientes no estaban limpios, sólo el 61% de los centros contaban con baños adecuados y el 67% disponía de agua potable. Se concluyó que las deficiencias en cuanto a la higiene, seguridad y prácticas adecuadas disminuye la percepción de la calidad de estos centros de Atención Integral, por lo que se requiere implementar mejores políticas y lineamientos que normalicen estos Centros.[22]

Romero (2008) realizó un estudio sobre la aplicación correcta de la estrategia AIEPI del personal médico en el niño de 2 meses a 5 años en la consulta externa de un hospital en Perú, el cual fue de casos y controles, al evaluar la aplicación de la estrategia AEIPI antes y después de la capacitación a 4 médicos, empleando pruebas para dos muestras relacionadas Wilcoxon, McNemar; y la historia clínica de los niños atendidos; se dividió en 2 grupos de forma aleatoria: los controles (1 500 historia clínicas antes de la capacitación) y los casos (366 historias clínicas), explorando las variables tos, diarrea, fiebre, dolor de oído y garganta. Posterior a la capacitación de los médicos se observó aumento en la identificación de signos de alarma (de 6.4 a 88%), semiología de los signos, evaluación, clasificación y tratamiento de los síntomas, verificación de problemas de oído, anemia y de vacunas. Por lo que se concluyó que después de la aplicación correcta de la estrategia AIEPI, el desempeño del médico mejoró en el 86% de las atenciones brindadas a los niños enfermos, en la que los síntomas más frecuentes fueron la tos, fiebre (IRA) y la diarrea (EDA); y en la evaluación integral de la salud del niño al evaluar estado nutricional y esquema de vacunación.[23]

Quan (2001) realizo un estudio descriptivo, retrospectivo y evaluativo; para conocer el actuar médico sobre el tratamiento de IRA en niños menores de 5 años en congruencia con las normas establecidas en el programa del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) cuyo objetivo principal es brindar atención de calidad. Aplicando una encuesta a médicos de Primer Nivel de Atención donde se lleva a cabo el SIAS. Se encontró que los médicos no conocían las normas de atención del SIAS en el tratamiento de niños con IRA, con alta prescripción de antibióticos sin registro específico de la patología por la que no se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

justificaba tal indicación. Se recomendó la capacitación y monitoreo constante a todo el equipo básico de salud, en especial al médico y sobre el correcto llenado del expediente clínico respecto al diagnostico especifico y clasificación de las IRA en congruencia con el tratamiento y las medidas generales indicadas.[24]

I.C.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Otazú (2013) realizó un estudio con el objetivo de conocer las percepciones de las madres de niños menores de 5 años sobre las IRA. Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, con muestreo aleatorio sistemático se obtuvo 72 madres a quienes se aplicó un cuestionario validado por el autor. Los resultados mostraron que las madres conocen sobre las IRA, saben cómo se transmite, conocen los síntomas y los signos de alarma e identificaron como principal factor de riesgo los cambios climáticos, el 26% automedica al niño ante un signo de alarma de IRA y no acuden al centro de salud porque no lo consideran necesario (49%); la mayoría da leche materna y alimentación balanceada al niño, cumple esquema de vacunación y lo protege de cambios bruscos de temperatura como factores protectores de IRA. Se concluyó que las madres de niños menores de 5 años poseen buenos conocimientos acerca de la enfermedad, manifiestan actitud positiva y practican las normas adecuadas para prevenir las IRA.[25]

Ontiveros (2010) realizó un estudio transversal y descriptivo, con el objetivo de evaluar el Programa de Prevención y Control de IRA en niños menores de 5 años, en Morelos, México en los años 2005 y 2006, mediante una muestra por conveniencia al analizar 100 expedientes por cada año de 50 Unidades de Salud. Aplicando la trilogía de Donabedian: 1) Estructura: menos del 50% de los núcleos completos del programa funcionan y los que funcionan tienen material y medicamentos insuficientes; la accesibilidad es buena, ya que la mayoría llega caminando o en camión y el tiempo que tarda es menor de 30 minutos, 2) Proceso: todo el personal está capacitado y capacita a las madres sobre signos de alarma, medidas farmacológicas y no farmacológicas, sin embargo, ningún expediente tiene el registro del Programa, solo el 24% de los médicos registró la FR del niño con IRA, ninguno registró factores de mal pronóstico, capacitación a la madre ni revaloración y solo 29% tiene congruencia clínico – diagnostica – terapéutica, y 3) Resultado: el costo de la atención fue mayor por año. Se concluyó que se identificaron las necesidades en la aplicación del programa y se propone diseñar las actividades necesarias para su correcto desempeño para brindar el máximo beneficio a la población objetivo.[26]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.- MARCO TEÓRICO

II.A.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

II.A.1.- CONCEPTO DE PERCEPCIÓN

El concepto de percepción es amplio y se supedita al contexto al que se recurra, se intenta mencionar los más importantes:

La Real Academia de la Lengua Española define percepción como "acción ó efecto de percibir; sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos; conocimiento o idea".[27]

Es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual el sujeto capta la información de su entorno, usa la que está implícita en las energías que llegan a los sistemas sensoriales y permiten al individuo formar una representación de la realidad de su entorno.

Es una sensación física, interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva.[28]

Se conceptualiza como la función psíquica que permite al organismo (a través de los sentidos) recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.[12]

Según Ríos la percepción, parte de la existencia del aprendizaje y se considera como un proceso, como la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades y constituye el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.[9]

La percepción es un proceso en el que el sujeto compara y engloba la información nueva con la experiencia vivida en el pasado produciendo así un esquema mental informativo anticipatorio.

Según Hamui es el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, en conjunto con la información de la memoria que ayuda a la interpretación y a la formación de representaciones.[5]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para la filosofía una de las características básicas de la percepción es la elaboración de juicios, en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza, colocando la percepción en la mente consciente.[29]

En sociología la percepción pone de manifiesto el orden y la significación que la sociedad asigna al ambiente tanto físico como social, interno – externo y sujeto – sociedad.[29]

Para la corriente psicológica es un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante.[30]

También se concibe como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.[29]

En el estudio de la antropología la percepción es biocultural pues depende de los estímulos físicos y sensaciones involucradas y, por otro lado, la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones, moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia, orientadas a satisfacer las necesidades individuales y colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estimulos útiles y exclusión de los indeseables para la formación del pensamiento simbólico.[29]

En el ámbito biológico, implica capacidad de interpretación de la sensación consciente, de obtención de una imagen interna del estímulo, mediante la cual el individuo adquiere información de algo que distingue de sí mismo y es objeto de su conocimiento.[31]

Desde el punto de vista de las políticas públicas se considera que la percepción indica como el individuo se ve a sí mismo y a su entorno, lo que pueden influir sobre las políticas que se adopten en los sistemas, y sobre la efectividad de los programas para producir resultados, afectando las expectativas de los sujetos, su confianza en las instituciones y sus actitudes de cooperación con las organizaciones sociopolíticas.[5]

La percepción como atributo de la calidad es resultado de las expectativas (futuro) y las experiencias (pasado)[5] de cada uno de los usuarios, determinadas por los valores, creencias[32] de sus necesidades,[33] su contexto cultural e historia personal; es decir, de las características individuales del usuario, que se relaciona con el grado de satisfacción

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

que tiene una persona con su entorno biopsicosocial y familiar.[34] Es motivada por 2 aspectos: 1) las diferencias en la capacidad sensitiva del individuo (mejor vista, oído, etc.) y 2) por la elaboración psicológica que cada uno de ellos haga de la información sensorial que recibe.[35]

Percepción y opinión

Con base en la percepción, se constituye la experiencia y se formulan opiniones, que pueden definirse como el estado de creencia de los individuos respecto a determinado asunto e implica un juicio de valor. Su validez lógica como verdad no se fundamenta en el grado de conocimiento, sino en su contexto social. La opinión se elabora como relato, e implica ordenar la percepción y la experiencia para ser aprehendida, y transmitida a través del lenguaje. Las opiniones pueden aportar información, sobre si los objetivos de un Sistema de Salud corresponden o no con lo que la gente persigue para lograr su bienestar o su percepción de satisfacción.

Percepción y preocupación: Las preocupaciones son modalidades de las percepciones: a partir de un estímulo, se produce la sensación de intranquilidad, inquietud o temor que motiva una respuesta de interés, atención o incluso ofuscación ante una situación problemática.[5]

Percepción y experiencia: Para el racionalista Kant (siglo XVIII) la percepción es una realidad exterior y sensible, que da lugar a la experiencia externa, la cual, solo es posible mediante una representación del enlace necesario de las percepciones. La experiencia es una forma de conocimiento o habilidad derivada de la observación, de la vivencia de un evento o de las cosas que suceden en la vida. Cuando la expectativa y la realidad vivida coinciden en la elaboración de la experiencia, dan lugar al bienestar subjetivo ó satisfacción.[36]

Al analizar las definiciones propuestas, podemos concluir:

- La percepción es el primer proceso cognoscitivo, mediante el cual se recibe, se selecciona, se evalúa, se integra y se interpreta la información proveniente del medio externo e interno comparándola con información previamente almacenada en la memoria, que finalmente posibilita la formación de un esquema mental anticipatorio y por lo tanto, el conocimiento intelectual.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.A.2.- CONCEPTO DE CALIDAD

El concepto de calidad se ha referido históricamente a diferentes aspectos de la actividad de cualquier organización, a veces se comportaba como una escuela de pensamiento que definía a una institución, o ha sido entendida como un estilo para generar un producto o prestar un servicio o la calidad de un proceso. Sea cual sea su diseño, la evolución del concepto, ha servido para generar diferentes avances en todos los servicios, pero también ha generado conceptos erróneos acerca de la calidad y su control,[(1)] por lo que a continuación se exponen las definiciones teóricas más aceptadas sobre Calidad:

En economía, se define como un conjunto de propiedades y características de un producto o servicio, que condiciona su utilidad para satisfacer determinadas necesidades productivas y personales expresadas o implícitas.[(37)] Es la capacidad de un producto o servicio para satisfacer las necesidades del consumidor, producida al mínimo costo posible,[(3)] pues los altos costos no significan siempre producto o servicio de calidad.[(38)] Según la ISO "Se considera como calidad, al conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora" (Sistema de gestión de la calidad ISO 9000, 2000).[(39)] De forma global, la calidad se define como el conjunto de propiedades y características de un producto apropiado para cumplir con las exigencias del mercado.

Evolución del concepto de calidad

El concepto de calidad es dinámico, ha evolucionado con el tiempo y seguirá haciéndolo. Es el fruto de distintas aportaciones que han surgido a lo largo del siglo XX, aunque en épocas anteriores el trueque era práctica habitual que generaba expectativas y satisfacción en los consumidores.

W. Edwards Deming (1989) propuso una definición simple, pero integral: “Hacer lo correcto, de la forma correcta, de inmediato”.[(40)]

Garvin realizó un análisis de la evolución del concepto de Calidad aludiendo a 4 etapas: **1ª Calidad mediante inspección:** idea primitiva de calidad, en que al final del proceso, se comparaba el producto con un estándar determinado. **2ª Control estadístico de la calidad:** Shewhart se basaba en leyes de probabilidad para disminuir la variabilidad en el proceso de producción. **3ª Aseguramiento de la calidad:** Juran (1990) y Feigenbaun (1986) afirman que “la calidad no sólo puede limitarse a la inspección y medición, sino que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

debía planificarse y contemplarla sistemáticamente en toda la organización", comenzó a ser preventivo. **4ª La calidad como estrategia competitiva:** Deming presta atención a la calidad en las relaciones humanas, administración y de servicios, se la define desde el punto de vista del cliente y se la incluye dentro de la planificación estratégica "Gestión de la calidad total". La calidad se convierte en un factor clave de competitividad.(40)

Juran (1992) hace referencia a estas dos visiones que derivan del concepto calidad. Por un lado están las características del servicio o producto y por el otro, la capacidad del servicio de dar satisfacción al cliente. De esta manera, define la calidad como "el conjunto de características de un producto que satisfacen las necesidades de los clientes y, en consecuencia, hacen satisfactorio el producto".(41)

Finalmente en la década de los noventa se concibe la idea que la calidad de los bienes y servicios es responsabilidad de todos e inicia la procuración de la calidad de las relaciones humanas. Actualmente el concepto de calidad se ha modificado, pues la calidad significa el cumplimiento de los requerimientos del cliente.(42)

Según la Real Academia de la Lengua Española (2014) es una "Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor".(43)

La calidad es el grado de excelencia ó la capacidad para entregar el servicio propuesto. Incluye logro de metas o estándares predeterminados, de acuerdo a los requerimientos del cliente y la disponibilidad de recursos y reconoce que siempre hay aspectos por mejorar.(7)

La calidad es un proceso de mejoramiento continuo, en donde todas las áreas de la empresa participan activamente en el desarrollo de productos y servicios, que satisfagan las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad.(2) Dicho en otras palabras la calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto / servicio para ser de utilidad a quién se sirva de él.

La calidad es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas.(44)

En referencia al proceso de atención, la calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.(45)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.B.2.a.- CONCEPTO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La calidad de atención médica difiere de la calidad de la producción material e incluso de otros servicios. Un aspecto a destacar es que el resultado de la atención en salud no está en un objeto, sino intrínsecamente unido a las personas que reciben la atención y al profesional de salud, por tanto, ambos deben tener una participación activa durante el proceso de atención y la solución del problema de salud, nada parecido a la producción material.(42)

Según la OMS es "el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento".(46) La OPS define y plantea las variables que deben de tener los servicios de salud de calidad:

- Alto nivel de excelencia profesional
- Eficiente uso de recursos
- Mínimo riesgo para el paciente
- Alto grado de satisfacción del paciente(1)
- Impacto final favorable en la salud

Según las reglas de operación del programa nacional SICALIDAD la calidad es el resultado de las intervenciones en salud en materia de atención médica efectiva y percepción de la atención por los usuarios del sistema de salud.(47)

La definición más reconocida es del autor Abedis Donabedian (escuela de Salud Pública, Michigan, 1991) quien ha sido pionero en el contexto de la calidad de la atención en salud y ha tenido gran influencia en América Latina. Donabedian propone la calidad como un atributo de la atención médica, pues busca el logro de los mayores beneficios posibles de atención, con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención médica y de acuerdo con los valores sociales imperantes.(48)

Ramos Domínguez dice que "existe buena calidad en la atención en salud cuando los resultados, producto o efecto del proceso de atención en salud satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema".(49)

Gilmore y Moraes sostienen la definición de la OMS.(37)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS (1988): “El desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad pueda costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”.[50]

Según el Institute of Medicine (IOM) la calidad es el grado en el que los servicios de salud, para los individuos y la comunidad, encuentran la posibilidad de que los resultados esperados sucedan y que sean consistentes con el conocimiento profesional actual, en el que la competencia del equipo de salud es un elemento básico. [51, 52]

Heather Palmer define la calidad de la atención como la provisión de los servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles y logrando la admisión y satisfacción del usuario.[53]

La calidad de servicios de salud: son servicios dados al usuario, accesibles y equitativos, brindados con las mejores condiciones científicas, profesionales e institucionales para satisfacer y adherir al usuario.[54]

En el contexto calidad y seguridad. La calidad es el “Grado de conformidad con los principios y prácticas aceptados (normas), grado de adecuación a las necesidades del paciente y grado de consecución de resultados (efectos prácticos) alcanzables, en correspondencia con la correcta asignación o uso de los recursos”. En esta expresión se entiende que la calidad de la atención no equivale a más tecnología, a tecnología superior o a mayor coste. El *grado de conformidad* con las normas se centra en el desempeño del proveedor, mientras que el *grado de adecuación* a las necesidades del paciente indica que este puede presentar diferencias sobre los procedimientos prescritos.[46]

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles y por lo tanto medibles; a diferencia de los sistemas de salud donde sus productos son intangibles, de lo que se derivan dos tipos de calidad, según Donabedian:

- **Calidad técnica:** atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar mediante la aplicación de la ciencia y la tecnología médica para maximizar los beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos al paciente, al profesional y al entorno. Por ejemplo el uso de la norma API ó GPC para la atención de IRA en menores de 5 años.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- **Calidad percibida:** está en la subjetividad de los usuarios, corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad, la cual debe ser expresada y explicada por ellos.[48]

Para Aguirre Gas la Calidad de la Atención Médica se define: “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”.[55]

El objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención, de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno, buscando satisfacer sus necesidades y expectativas.[2] Mejorar la calidad de la atención sigue siendo el objetivo fundamental en la presentación de servicios de salud, recientemente en EUA se estableció la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible que contiene varios pasos importantes para mejorar la calidad, tales como fomentar la creación de organizaciones responsables de la atención, donde los proveedores son compensados por proporcionar atención coordinada a sus pacientes obteniendo mejores resultados.[56]

La atención a la comunidad y la coordinación del equipo de salud han recibido más atención en los últimos años como elementos importantes para mejorar la calidad de la atención médica y reducir los costos [57], además al optimizar la productividad del equipo de salud frente al aumento de la demanda de servicios médicos por la población DH se ha relacionado a un impacto negativo en la calidad de atención percibida por los usuarios.[58]

Al tomar en consideración estas definiciones, las características y particularidades del proceso de atención en salud, nos percatamos que es diferente a los demás sectores que miden la calidad, que no solo se mide objetivamente sino también intrínsecamente en la persona que recibe la atención. Por lo que concluimos que la calidad de atención en salud es el conjunto de actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos, con alto grado de excelencia profesional, teniendo en cuenta los recursos disponibles a menor costo, con el mínimo riesgo, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida que genera un impacto favorable en su salud.

Beneficios de brindar atención médica de calidad: Beneficia a la comunidad, a los pacientes, a los propios trabajadores y en sentido más amplio a la institución y al Sistema de Salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Como la perspectiva de nuestra investigación es sobre los usuarios, estos aumentan su conformidad con los consejos médicos y se involucran en su tratamiento, buscan la atención, siguen las instrucciones del prestador, regresan donde el prestador da los servicios, invitan a otros usuarios a procurar la atención en salud, etc.[59]

II.A.3.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, PERSPECTIVA DEL USUARIO

Las definiciones objetivas de la calidad tradicionalmente se han utilizados en la industria de bienes tangibles[41] y los criterios de gestión que se derivan de ellas, por lo que resulta difícil de aplicar en los servicios, debido a características únicas de este sector como la intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad entre procesos y resultados.[60] Dada está característica de los servicios de salud de ser intangibles, siendo los trabajadores los que producen el servicio y su calidad depende básicamente de su relación con los usuarios,[33] se origina el concepto de *calidad del servicio percibida*, que implica el juicio subjetivo del usuario sobre el servicio que recibe (Grönroos, 1984). Al introducir el concepto de percepción en el contexto del estudio de la calidad implica que se debe estudiar la calidad del servicio desde la óptica del usuario[61] o como los investigadores llaman la calidad centrada en el paciente.

La calidad percibida es lo que el usuario juzga acerca de la excelencia total o superioridad del servicio, es un nivel superior de abstracción, más que un atributo específico del servicio (calidad objetiva) está vinculada a la perspectiva del usuario, es similar a una actitud, pues se hace una valoración global, relacionada pero no equivalente a la satisfacción.[60]

La calidad de atención en los servicios de salud es el resultado de la comparación de las expectativas, necesidades o deseos del usuario y sus percepciones con respecto al servicio recibido[42], es decir, es el grado en que se igualan o exceden las expectativas del usuario.[61] Vanormelingen expresa que la calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas.[62]

La calidad en el servicio es un concepto abstracto y complejo, difícil de definir y medir. La calidad es lo que los usuarios perciben que es, ellos son quienes advierten y determinan si la atención médica es ó no de calidad. Por lo que nos inclinamos más sobre la definición de Parasuraman y cols. (1996) en la que considera que la calidad del servicio percibida por el usuario es la comparación entre las expectativas sobre el servicio que va a recibir y las percepciones entre el servicio prestado.[63]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En los servicio en el sector de la salud, la calidad percibida debe ser considerada como uno de los pilares fundamentales, pues determina un servicio más coordinado, eficiente y humano; con diagnósticos precisos, comunicación clara, empática y efectiva, mayor adherencia al tratamiento y el mejoramiento de la salud del paciente.[1] Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento que ingresa a la Unidad de Salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.[64]

Según las reglas de operación del programa nacional SICALIDAD la calidad percibida por los usuarios es la valoración que realizan los usuarios y sus familias respecto al trato, tiempo de espera, información, confidencialidad y confort, atendiendo a sus expectativas y valores.[47]

Los datos disponibles sugieren que los usuarios controlan gran parte del proceso de toma de decisiones. Por lo que los determinantes no biológicos de la salud como la percepción de la calidad de la atención es una necesidad para analizar con objetividad la situación de salud de la población y para documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente.

La calidad de las relaciones humanas produce confianza y credibilidad y si las relaciones interpersonales no son adecuadas, aunque los servicios se presenten en forma profesionalmente competente, se corre el riesgo de que la atención no sea eficaz y por lo tanto, la satisfacción del usuario puede comprometer la calidad general de la atención.[10]

La perspectiva del paciente es un indicador significativo de la calidad del servicio de salud.[60] En la actualidad, el enfoque de que el usuario es el que determina la calidad se debe interpretar como consecuencia de factores sociales y ambientales, pues los pacientes son muy sensibles a como se les trata, usando la relación interpersonal como la medida de calidad de toda la asistencia. La querella es que en ocasiones los pacientes tienen expectativas poco realistas de la eficacia de la asistencia, en general sobreestimada, por lo que el paciente debe poseer suficiente información para no esperar lo inalcanzable, pero también identificar cuando no se han cumplido las expectativas razonables.[65]

II.A.4.- DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Los expertos en calidad reconocen que las dimensiones de la calidad varían según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dimensiones de calidad según: Palmer (1983): competencia profesional, accesibilidad, aceptabilidad y satisfacción, efectividad y eficiencia. Vouri (1982): calidad científico – técnica, efectividad, eficiencia y adecuación. Joint Comm (1990): accesibilidad, aceptabilidad, efectividad, eficiencia, adecuación, continuidad y eficacia. Bárbara Starfield (1990): accesibilidad, coordinación, longitudinalidad y globalidad.[42] Sin embargo, el más representativo por su popularidad y uso a nivel mundial son las cinco dimensiones que propone Parasuraman (1988) y su instrumento SERVQUAL, en las cuales se representan los criterios que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.[63]

Siempre que se analice la calidad deben de tratarse los atributos fundamentales de la misma, estas son diferentes categorías en que la atención de calidad puede abordarse. El enfoque de calidad se puede analizar en cualquiera de las dimensiones en forma separada o a todas ellas en conjunto.

II.A.4.a.- DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Los hallazgos en la literatura ponen de manifiesto la multidimensionalidad de la calidad del los servicios de salud, además de la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios; las cuales son necesarias para desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables que permitan brindar mejor calidad a los usuarios, para lo cual primero, procuramos conceptualizarlas mediante una breve descripción (Cuadro 1) y posteriormente mencionaremos el uso de estos atributos en alguno Sistemas de Salud de Latinoamérica.

Cuadro 1.- Dimensiones de la calidad de los servicios de salud

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Accesibilidad	Eliminación de las barreras que obstaculicen el uso eficaz de los servicios de salud, económicas, sociales, organizacionales, culturales, lingüísticas[66] o físicas.[42] Atención oportuna, geográficamente razonable y con los recursos y competencias apropiadas a las necesidades en salud.[67] Facilidad con la que el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.[68] El costo de la atención influye sobre la accesibilidad.[14]
Aceptabilidad / Centrada en el paciente	Grado de compatibilidad del servicio con las necesidades culturales, valores y estándares de la comunidad.[66] Con base en las preferencias y expectativas de los usuarios. Requiere un sistema en el que la voz de las personas que reciben atención médica es escuchada, entendida, aceptada y reportada.[32, 67]
Autonomía	Es el respeto a la capacidad de decidir y opinar de los usuarios sobre el diagnostico y tratamiento de su problema de salud.
Capacidad de respuesta	Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a la demanda, con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.[63]
Comodidad	Aspecto físico del establecimiento, personal y materiales, limpieza y privacidad.[3, 69] Elementos o aspectos tangibles: iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo.[42] Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, relacionados con las condiciones de las instalaciones, equipo, instrumental, personal, material suficiente, disponible, adecuado, funcional, en buen estado, limpieza y comodidad.[10, 63]
Competencia profesional	También se llama calidad científica - técnica: ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad.[3, 69] Grado en que el proveedor demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestarle atención al usuario.[68] Personal con capacitación e información necesaria.[42] Fiabilidad: realizar correctamente el servicio desde el primer momento.[42] Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez.[63] Confiabilidad: grado con que el proveedor demuestra poseer la habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el usuario.[68]
Comunicación	Grado con que el proveedor (personal administrativo, médico y de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	enfermería) se comunica con los usuarios a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento.[68] Informar al paciente con lenguaje que entienda, eliminar vocablos que lo confunden o asustan.[42]
Continuidad	Prestación ininterrumpida y coordinada[70] de los servicios, sin repeticiones,[71] suspensiones, ni limitaciones innecesarias de evaluación, diagnostico o tratamiento.[3] Proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general.[14]
Cortesía	Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el usuario, siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos ó empatía con los sentimientos de la otra persona, se comporta con dignidad, respeto, se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.[68] Expresado a través del respeto y amabilidad del personal.[42]
Credibilidad	Honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.[42]
Disponibilidad	Grado en que un servicio de salud está disponible siempre que los usuarios lo necesiten.[68]
Efectividad	Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud de la población que la recibe.[14] Grado en que las medidas adoptadas logran el efecto deseado.[55] Mejora en el resultado de salud individual y comunitaria, basada en sus necesidades.[67] Logro de cambios positivos en el estado de salud de la población.[71] Insumos de los sistemas, monitoreo a través de estándares.[5, 72]
Eficacia	Aplicación de las normas, especificaciones, tecnología[55] de manera que logra los resultados deseados.[3, 69] Logro de los objetivos en la prestación de servicios de salud a través de la aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas.[71] Producir el efecto deseado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	en tiempo y forma, se mide mediante los resultados obtenidos.[14]
Eficiencia	Administrar el mayor beneficio con los recursos con los que se cuenta.[14, 69] Con el mejor uso de los recursos, al menor costo.[67] Uso adecuado de los recursos estimados para obtener los resultados esperados.[71]
Empatía	Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.[63]
Equidad	Ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades en salud (equidad horizontal) y aumento en el acceso a grupos vulnerables (equidad vertical).[66] Homogénea por género, raza, etnicidad, localización geográfica, nivel socioeconómico o grupos vulnerables.[67]
Integralidad	Que se dé al usuario la atención de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.[71] La atención incluyente implica la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en la población.[66]
Privacidad	Característica de la atención médica que se lleva a cabo en confidencialidad y se explora al paciente en un espacio reservado, fuera de la vista de los demás.
Rapidez	Capacidad en realizar el servicio dentro de los plazos aceptados por el paciente.[42]
Satisfacción del usuario	Proveedores y pacientes con buenas relaciones interpersonales.[3, 14, 69]
Seguridad	Asegurar que los servicios de salud se presten con los mínimos riesgos[55] de daño a los usuarios.[3, 32, 67, 69] Reducción de riesgos, infecciones y/o efectos colaterales perjudiciales.[32] Ausencia de peligro.[42] Forma que se prestan los servicios de salud determinada

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.[71, 73] Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.[63, 74]

Para la Secretaria de Salud de México, la Calidad en la atención médica es la atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva, eficiente, accesible, aceptable / centrada en el paciente, equitativa y segura.[67]

En el Sistema de Salud de Costa Rica los atributos de la calidad son: equidad, eficiencia, oportunidad, continuidad, coordinación, satisfacción de los usuarios y los proveedores de servicios de salud. Otra perspectiva, de dimensiones de la Calidad son: Personal (respeto privacidad, humanización), Técnica (proceso de atención con técnicas y procesos según las normas, evitando riesgos, proporcionando los mayores beneficios al paciente) y Ambiental (infraestructura y comodidades).[53]

En el sistema de salud de Nicaragua hay varias propuestas para las dimensiones de la calidad, se mencionan estás por ser la más recientes y usadas por el Sistema Nacional: Benjamín (2013) propone las siguientes dimensiones de calidad: competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del usuario, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades.[3, 69] Para Aguilar (2011) se consideran parámetros de calidad: puntualidad y prontitud en la atención, presentación del personal, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano, diligencia para utilizar medios diagnósticos, agilidad para identificar el problema, efectividad en los procedimientos, comunicación con el usuario y la familia, interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios, aceptación de sugerencias, capacidad profesional, ética, equidad, presentación física de las instalaciones, presentación adecuada de las instalaciones, presentación adecuada de los utensilios y elementos, educación continua a personal del servicio y a usuarios.[10]

El Sistema de Salud de Perú define las siguientes: disponibilidad, accesibilidad, cortesía, confianza, competencia y comunicación.[68]

Para Maxwell (1986) las dimensiones de la calidad de atención en salud son: accesibilidad, aceptación social, relacionado con necesidades, efectividad, equidad y eficiencia.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

González y cols. proponen: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación, y conocimiento del paciente: es el esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes ó necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.[42]

Para la OPS se consideran dimensiones de la calidad de atención:

- **Contenidos y procesos de la atención**: la calidad (técnica, calidez ó satisfacción de los usuarios y nivel de salud mejorado) es resultado del establecimiento de contenidos adecuados de la atención y la ejecución apropiada de los procesos de la misma.
- **Contenidos de la atención:** nos permite hacer lo correcto, es decir elegir el procedimiento ó atención científicamente adecuada que incluye el modelo de atención y disponer de las GPC o protocolos, la tecnología, los insumos y el equipo adecuados y necesarios para la atención.
- **Proceso de la atención:** una vez elegidos los contenidos ejecutarlos correctamente, mediante estándares, medición de cumplimiento, identificación de problemas para lo que es necesario conformar equipos de mejoramiento de la calidad.

La OPS/OMS considera las dimensiones de la percepción de la calidad de atención médica:

1.- Relaciones interpersonales, trato: se refiere a la relación entre proveedores y pacientes; consiste en el buen trato, respeto, no discriminación, participación en las decisiones sobre su atención.

2.- Comodidad, limpieza: se refiere a contar con espacios físicos limpios y confortables en los servicios de salud.

3.- Tiempo de espera: es el tiempo que transcurre hasta que los usuarios sean atendidos por el profesional de la salud.

4.- Disponibilidad del médico, medicinas: presencia del profesional de la salud y que cuente con los insumos necesarios (principalmente medicamentos) para el tratamiento del usuario.[75]

Los resultados sobre las dimensiones de la calidad en los servicios de salud varían en contenido y cantidad según los autores, el enfoque, la metodología, el tiempo y el tipo de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

institución donde se realiza el estudio. Sin embargo, otro enfoque que ha prevalecido a través del tiempo es el que planteó Donabedian en donde la calidad de los servicios de salud está determinada por la estructura, los servicios y los procesos de atención a costos razonables y sostenibles, que deben buscar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario, teniendo las siguientes dimensiones:

- **Dimensión administrativa:** se relaciona con la estructura de atención de la institución.[10] Comodidad: características del lugar: conveniente, confortable, agradable, privado y deseable, como ejemplo: la limpieza – conservación, decoración – señalización, ambientes de descanso, etc.[71]
- **Dimensión técnico – científica:** se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios según riesgo – beneficio.[45] Sus características básicas son: efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, seguridad e integralidad.[71]
- **Dimensión humana o interpersonal:** parte fundamental de la atención en salud, se contempla al ser humano como un ser bio – psico – social.[2] Los valores que incorporan la cultura y las costumbres locales determinan lo que es correcto, propio o moral en la interacción paciente – proveedor. Involucra: comunicación, trato amable, responsabilidad, dedicación del tiempo, escuchar y ser claro con la información al paciente.[71] Aspectos interpersonales del entorno.[45] El éxito en la relación médico – paciente puede cambiar las expectativas del paciente.[76]

La calidad también se enfoca en dos niveles: macro (comunidad) y micro (individuo).[77]

Las dimensiones de la calidad que más frecuentemente aparecen en la literatura son: eficiencia, efectividad, calidad científico – técnica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad del usuario.

II.A.5.- MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

Evaluar es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.[78]

Le evaluación de la calidad tiene como propósito entender la magnitud y distribución de la calidad y cómo se ve afectada por las características de la sociedad, de la institución, del personal de salud y por las categorías de pacientes.[79] La retroalimentación de la medición de la calidad al equipo de salud provee oportunidades de aprendizaje.[32]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La evaluación de la calidad de la atención médica se relaciona con el desarrollo de técnicas y herramientas para medir la eficacia alcanzada en comparación con lo deseado (ideal, posible, óptimo, básico).

La medición de la calidad, es la verificación sistemática del desempeño de un proceso a través del grado de cumplimiento de ciertos estándares e indicadores.

Estándar de calidad: es una declaración explícita de la calidad esperada (GPC, normas, procedimientos, etc.), que sirve como parámetro de medición de la calidad en un sistema de salud definido y en un momento específico de su desarrollo. En los sistemas de salud existen estándares de estructura (recursos humanos, insumos, equipos), proceso y resultados (resultado clínico, satisfacción).[77]

Indicador: es una medida empleada para determinar el grado de cumplimiento de los estándares, midiendo la discrepancia entre el desempeño ideal y el real de los procesos clínicos, administrativos y los resultados de la satisfacción del usuario. Los indicadores traducen un enunciado cualitativo (expresado por el estándar) en uno cuantitativo expresado en números (recuentos), promedios y coeficientes (proporción o porcentaje). Cuando el indicador es una proporción hay que conseguir información para el numerador (lo observado) y el denominador (la referencia), pero el mismo universo. Las fuentes de información para el desarrollo de los indicadores son: registro de actividades: cartillas de vacunación,[80] citas, historia clínica, entrevistas, encuestas y observación directa.

Conocer la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, es cada vez más común, pues permite, mediante un proceso de investigación relativamente rápido, obtener información que beneficia al la Institución prestadora de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas.[9, 10]

Las asociaciones profesionales, las iniciativas gubernamentales y el sector privado han establecido lo que consideran un servicio, infraestructura o programa aceptable, cuyo objetivo final es la garantía de la calidad mediante la monitorización,[71] que mediante el análisis de un conjunto de indicadores, así como de sus valores y niveles de tolerancia determina si los resultados parciales o finales obtenidos corresponden con los exigidos de calidad de la institución.[42]

Las organizaciones internacionales como la OCDE y la OMS han hecho hincapié en la importancia de la evaluación de la perspectiva del paciente en la atención en salud, una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

muestra de ello es que los pacientes de la Unión Europea (UE) que no están contentos con la calidad de atención en sus propios países pueden solicitar asistencia sanitaria en otros países de la UE.[81]

La evaluación de la calidad del servicio de salud debe realizarse a partir de criterios subjetivos, posteriormente se transportan a parámetros objetivos de desempeño. No importa si el paciente está en lo correcto o no, sino lo realmente válido es cómo siente y percibe la experiencia del servicio, ya que su juicio sobre calidad es el único significativo.[60]

Una de las aproximaciones de mayor uso para evaluar y medir la calidad de los servicios de salud es la propuesta por Abedis Donabedian (1988) quién estableció que para evaluar la calidad se toman tres elementos fundamentales:

- **Estructura:** se refiere a las características estables de quienes suministran atención, medios, herramientas y recursos con que cuentan y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan. Recursos o insumos indispensables para realizar las actividades. Su evaluación es fácil, rápida y objetiva, pues engloba características estáticas previamente establecidas
- **Proceso:** conjunto de actividades que ocurren entre los profesionales de la salud y pacientes, como el diagnostico y tratamiento. La historia clínica es el documento principal del proceso. Serie de actividades para el logro de un objetivo, por ejemplo: seguir indicaciones del médico.
- **Resultados:** son los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida o no, incluyendo la satisfacción del paciente y la utilización del servicio; proporcionan una medición integral de la calidad de la atención.[3, 71, 75, 82]

Para evaluar los resultados existen múltiples indicadores, sin embargo, tomaremos el más pertinente para nuestro trabajo: Indicadores basados en la opinión de los pacientes: si se piensa que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad.[83] En esto se basan los actuales esfuerzos “sistemas centrados en el paciente”. Los indicadores de resultados deducen sobre el proceso y la estructura del servicio.[42]

Otra visión es que la calidad de un servicio también se evalúa según los beneficios que aporta y según los problemas que crea.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La evaluación es un procedimiento que juzga la pertinencia, eficiencia, progresos y resultados e impacto de un sistema, política o programa. La OMS/OPS mediante el "Informe sobre la Salud en el Mundo 2000" reavivó el interés por reforzar la Atención Primaria de Salud Integral, en donde uno de los objetivos es la evaluación de la calidad:

1) Atributo del sistema: Calidad
2) Grupo de indicadores:
    a. Calidad técnica: certificación de unidades y profesionales.
    b. Calidad interpersonal: tiempos de espera, consentimiento informado.
    c. Aceptabilidad: satisfacción de los usuarios.[84]

Los indicadores del Índice de Desempeño Global de los Sistemas de Salud ponderados por la OMS, que están orientados hacia el usuario son:

1) La capacidad de respuesta (trato adecuado) y el acceso al sistema de salud. Estos incluyen el respeto por los derechos de los usuarios.
2) Orientación hacia el usuario: atención oportuna, calidad de servicios, el acceso a redes de soporte social y la capacidad de escoger al proveedor de servicios[85]

Para la evaluación de los servicios de salud tanto Donabedian como Vouri (1993) comprende dos grandes temas:

- La evaluación de la gestión en términos de la estructura y el proceso que conducen al logro de los resultados esperados.
- La evaluación de la gestión en términos de sus resultados frente a la población.

Las características inherentes a los servicios, hacen que el concepto de calidad objetiva sea desplazado por una concepción subjetiva de la calidad, donde su principal recurso son las personas. El enfoque de que la calidad se defina por el usuario (pacientes y acompañantes) y no por la institución es para dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.[86]

El modelo que propone Coralia (2006) para evaluar la calidad es el siguiente:

- La calidad centrada en los actos y procedimientos técnicos.
- La calidad centrada en las expectativas del paciente / cliente.
- La calidad como herramienta gerencial.[87]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los resultados de las evaluaciones orientan a los tomadores de decisiones y ayudan a determinar líneas de acción que mejoren los servicios y la efectividad de los programas, ajuste de políticas, asignación de recursos y rendición de cuentas;[85] ya que si no se realizan evaluaciones es imposible saber si los recursos están siendo aprovechados apropiadamente, si las acciones emprendidas se están realizando según lo planeado y si esas acciones están provocando los cambios deseados en la calidad de vida que constituyen las metas de impacto final para cualquier proyecto o programa de salud.[88]

Medir la percepción del usuario es importante para continuar en el camino de mejora de la calidad, ya que en la prestación de atención en salud se producen muchos procesos simultáneamente, se tomará la trilogía de Donabedian como el más significativo para la medición de la percepción de la calidad.

II.A.5.a.- MODELOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

La OMS señala, que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, que tienen como objetivo principal mejorar la salud de la población, la responsabilidad de cubrir las expectativas de los usuarios y la posibilidad de ser equitativos en términos de la contribución financiera.[85] Un buen Sistema de Salud mejora la calidad de vida de las personas de forma tangible u objetiva, es por eso que debe ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares.[5]

La evaluación de la calidad, entendida como un conjunto de métodos aplicados a toda la organización, que mejora el servicio al usuario, que reduce costos y aumenta la productividad, se incorpora cada vez más en el ámbito del sector salud, como un componente estratégico prioritario.[69]

Con el objetivo de medir la percepción de la calidad de los usuarios de los servicios de salud y el grado de confianza que los pacientes y sus familias tienen en los establecimientos médicos, resulta cada vez más habitual que los Sistemas de Salud internacionales y nacionales vayan implementando y mejorando los Modelos de medición de percepción y satisfacción, se presentan los modelos más importantes en esta sección.

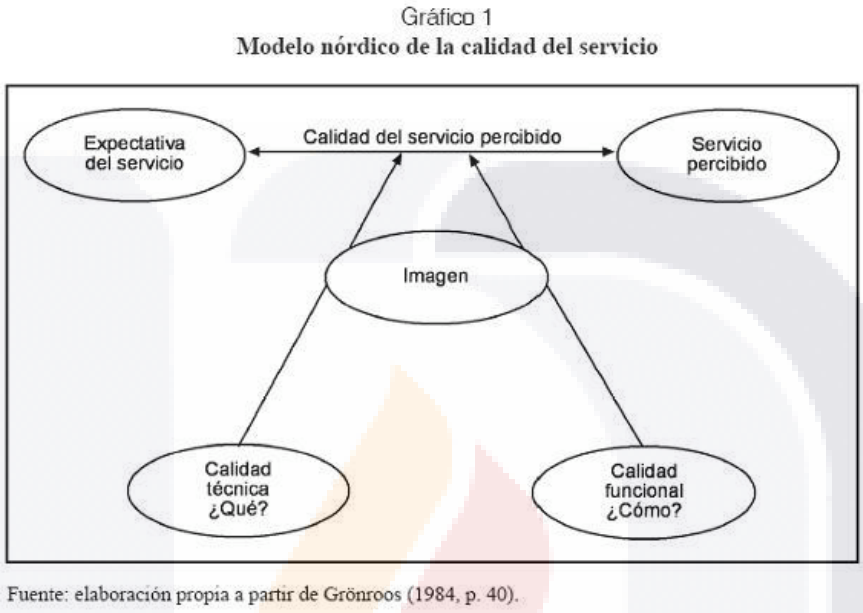
El Modelo Nórdico o Paradigma de la Desconfirmación desarrollado por Christian Grönroos (1984) en que la calidad está en función de tres componentes: la calidad técnica (“qué”), la calidad funcional (“cómo”) y la percepción de la calidad por parte de los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

usuarios del servicio. El nivel de calidad aceptable es cuando la calidad percibida satisface las expectativas del usuario.[61] (Figura 1).

Figura 1. Modelo nórdico de la calidad del servicio[60, 61]

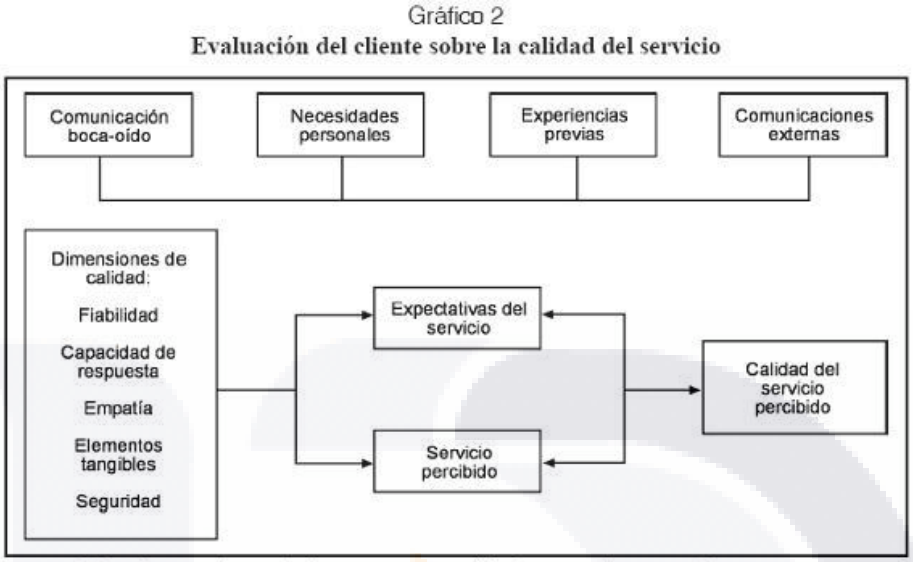


También bajo el Paradigma de la Desconfirmación, afirma que los usuarios tienen expectativas antes de hacer uso de un servicio que les permite anticipar el nivel de desempeño; entonces la desconfirmación aparece como la discrepancia entre las expectativas previas y el nivel de desempeño actual. Varios autores que han realizado estudios sobre la medición de la calidad del servicio de la atención médica basados en el Modelo SERVQUAL, el cual es una escala multidimensional elaborada por Parasuraman y colaboradores en 1988, diseñada y validada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios. Define la calidad de atención como la diferencia (E – P) entre las expectativas (E) y las percepciones (P) de los usuarios. Esta operacionalización sugiere que lograr un alto nivel de calidad requiere igualar o sobrepasar las expectativas del usuario frente al servicio. Los resultados se expresan como “Mala Atención” (E < P), “Excelente Atención” (E > P) y “Buena Atención” (E = P).[60, 63, 89] (Figura 2).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

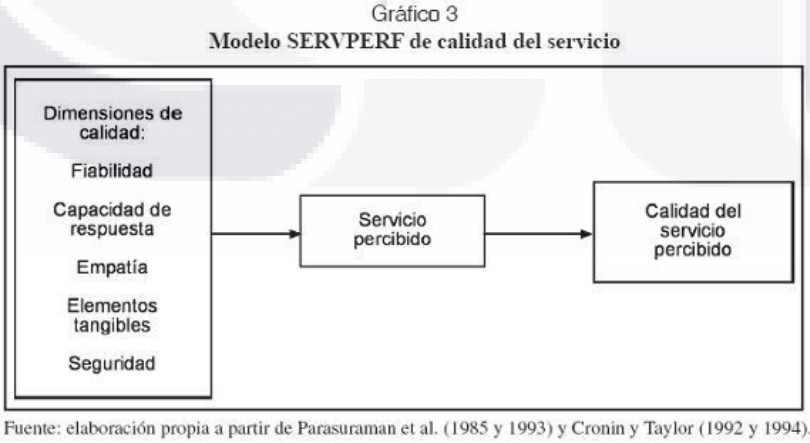
Figura 2. Modelo de Evaluación del cliente sobre la Calidad del Servicio[60, 63]



Fuente: elaboración propia a partir de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993, p. 26).

El Modelo SERVPERF considera únicamente las percepciones del usuario, pues se cree ineficiente e innecesario incluir las expectativas (Figura 3). Este modelo se desarrolló a partir del SERVQUAL, pero a diferencia del último, su fortaleza radica en que explica mejor la varianza total en la medida de la calidad del servicio, posee mejores propiedades, en términos de validez y eficacia operacional.[90]

Figura 3. Modelo SERVPERF para evaluar la Calidad del Servicio[60, 90]



Fuente: elaboración propia a partir de Parasuraman et al. (1985 y 1993) y Cronin y Taylor (1992 y 1994).

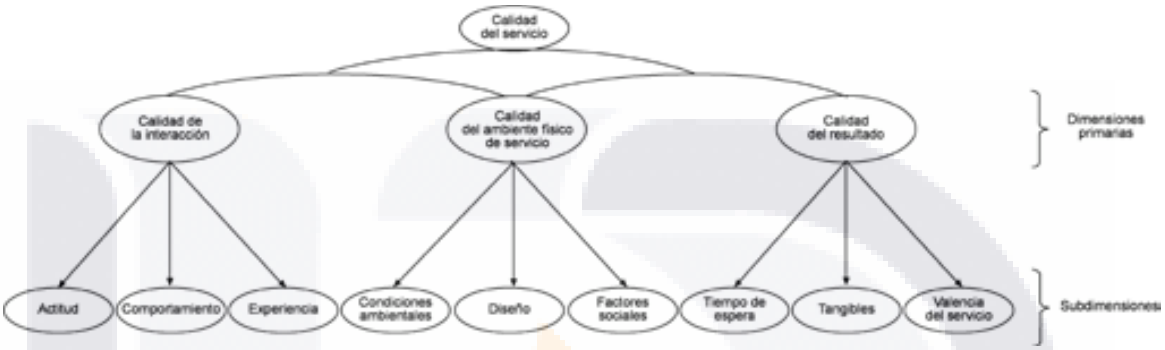
En el Modelo Jerárquico y Multidimensional de la Calidad del Servicio, la calidad está determinada por tres dimensiones directas y el usuario evalúa el desempeño de múltiples

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

niveles de los servicios para generar sus percepciones sobre el desempeño de la institución y la suma de esas percepciones orienta a una percepción global de la calidad del servicio.[91] (Figura 4).

Figura 4. Modelo Jerárquico y Multidimensional de la Calidad del Servicio[60, 91]

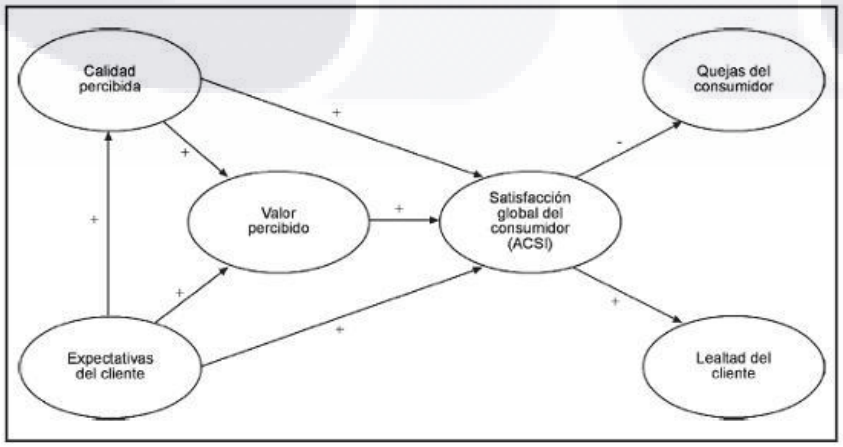


Fuente: Elaboración propia a partir de Brady y Cronin (2001, p.43)

Otro Modelo de Medición de la Calidad de la Atención es el "American Customer Satisfaction Index (ACSI)", en el que la primera medición es la calidad percibida, es decir la evaluación de la reciente experiencia en los servicios de salud, en correlación con la expectativas y el valor recibido que da como resultado la satisfacción, y finalmente se disminuye las quejas y aumenta su lealtad del usuario.[92] (Figura 5).

Figura 5. Modelo "American Customer Satisfaction Index (ACSI)".[60, 92]

Gráfico 5
The American Customer Satisfaction Index (ACSI)



Fuente: tomado de Fornell et al. (1996).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La evaluación de la satisfacción del usuario depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales, económicos o lingüísticos que separan al profesional de sus usuarios.

La Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) mediante un Modelo cuantitativo, con alcance nacional y transnacional evalúa la calidad de los Sistemas de Salud con énfasis en los costos y eficiencia.

1) **Calidad:** efectividad, seguridad (mortalidad, morbilidad, incidencias, etc.) y respuestas a las necesidades centradas en el paciente (percepción de la calidad de atención, indicadores de calidad de los servicios de salud [HCQ], etc.). **Accesibilidad** y **Costos.**
2) Enmarcada por la **eficiencia** y por la **equidad**.
3) **Desempeño:** capacidades, valores sociales, preferencias políticas, etc.[72]

Además la OECD ha comparado la medición de la calidad de atención en salud desde la perspectiva del usuario en distintos países, la mayoría en población general, por ejemplo: "Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HP-CAHPS)" en EUA, "Canadian Community Health Survey (CCHS)", el Centro Holandés de experiencia del consumidor en el cuidado de la salud, etc.[81]

El Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (1997) desarrolló una evaluación para el desempeño de 6 dimensiones, en las que se incluía el indicador de "Experiencia entre paciente/cuidador" para medir la forma en que los pacientes y sus proveedores de servicios de salud ven su experiencia, calidad de servicios que reciben y dan.[93]

The Picker Institute Europe (Reino Unido) creó un Modelo que se enfoca a evaluar el desempeño del personal de salud, midiendo la eficiencia y las percepciones de los pacientes respecto a la calidad de la atención hospitalaria en Alemania, Suecia, Suiza, Reino Unido y EUA, mediante ocho dimensiones:[81]

1) Información y educación: suficiente y clara información.
2) Coordinación del servicio: organización, tiempos de espera para consulta, procesos de admisión, etc.
3) Infraestructura: confort físico, surtimiento de medicamentos, etc.
4) Apoyo emocional: confianza, comunicación de preocupaciones, etc.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

5) Respeto y dignidad: preferencias del paciente, percepción de involucrarse en tratamiento y cuidados.
6) Involucramiento de la familia y amigos: información y oportunidad de la familia a hablar con el médico.
7) Continuidad y transición: explicación de recetas médicas, efectos secundarios de medicamentos, etc.
8) Impresión general: cortesía, disponibilidad, trabajo en equipo, atención recibida en general, recomendación de la Unidad de Salud.[94]

La OMS realiza estudios más enfocados en la Seguridad[32] que en la percepción del paciente.[55] Pero si ha desarrollado encuestas sobre la percepción de la calidad de la atención médica en la población general en asociación con la fundación Commonwealth en los EUA.[81]

Otros modelos de medición de la calidad estandarizados son los que proponen EUA, Australia, Reino Unido, Canadá, Nueva Zelanda, la OMS y la OECD que incluyen: seguridad, eficacia, idoneidad, capacidad de respuesta / atención centrada en el paciente, equidad / acceso y eficiencia.

En EUA una estrategia para mejorar la calidad en la atención a la salud ha sido la de suministrar incentivos a los proveedores de servicios de salud en base a la calidad del proceso, resultados y la medición de la percepción de la atención de calidad de los pacientes, obteniendo excelentes resultados en mejora de la calidad de la atención en general, así mismo, en los logros de control de enfermedades prevalentes como Diabetes Mellitus, Hipertensión y Dislipidemia.[95]

En México, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud tiene como objetivos: promover un trato digno y adecuado de los servicios de salud, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos, además de proponerse la recuperación de la confianza de la población en las instituciones de salud.

Continuando en el contexto Nacional el sistema de monitoreo INDICAS está enfocado a evaluar la calidad del servicio y la eficiencia del sistema para mejorar el funcionamiento de las unidades médicas. Su objetivo es integrar evidencias de mejora de la Calidad Técnica, Calidad Percibida y Calidad de la Gestión[96] congruente con el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), de esta manera la unidad médica se vincula con un sistema virtual para proporcionar datos, analizarlos y retroalimentar el proceso de calidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El proceso de recolección de cuestionarios cualitativos se realiza cara a cara en las unidades de salud, cada cuatro meses, sobre programas de salud gubernamentales incluidos la atención al menor de 5 años con IRA.[97-99]

El Modelo de Gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE) es otra herramienta que México ha utilizado a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud que consiste en orientar y atender las necesidades específicas de ciudadanos particulares (pacientes y familiares), gestionarlas[100] y ejecutar acciones o notificar a la dependencia para utilizar los datos obtenidos como parte del plan de mejora continua por la calidad y seguridad del paciente. En las unidades médicas y administrativas del IMSS se cuenta con Técnicas de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD) que llevan a cabo este programa y encuestas de satisfacción de usuarios en general.[101]

La ENSANUT 2012 es una estrategia gubernamental implementada para dar a conocer estado socioeconómico y de salud de nuestro país, una sección es dedicada para explorar la percepción de la calidad que tienen los usuarios sobre los servicios de salud en unidades ambulatorias, usando como parámetros el surtimiento de medicamentos, tiempo de espera, costos de la atención y la percepción de la calidad de atención (buena, regular y mala).[102]

En apoyo a las necesidades emergentes de la población en México, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizó un Modelo SIUSEX basado en el la percepción del bienestar subjetivo más que en la calidad de los servicios, vinculando experiencias y expectativas del usuario enfermo o su acompañante, mediante técnicas cualitativas y cuantitativas. El instrumento explora cuatro áreas: 1) Situación sociodemográfica y nivel socioeconómico, 2) Prácticas y condiciones de salud del paciente, 3) Preocupaciones del usuario y 4) Atención y trato (incluidas en el indicador de trato digno del INDICAS).[5]

Existen diversas limitantes para medir la percepción de los individuos, sin embargo, al comparar las percepciones con los indicadores objetivos, las opiniones que la gente tiene sobre su bienestar, tienden a reflejar correctamente las afectaciones positivas y negativas que experimentan internamente o que expresan físicamente y esto se corresponde, con lo que los demás piensan de ellos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El acervo de conocimientos de los múltiples modelos que miden la calidad de la atención, los más relevantes para nuestra investigación son el Modelo de la desconfirmación en el ámbito internacional y en el Nacional el Modelo SICALIDAD. Para medir la percepción de la calidad requerimos identificar las expectativas del paciente al acudir a recibir servicios de salud, por ejemplo: el paciente tiene la expectativa de que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para su comodidad, para dilucidar la percepción del paciente al salir del consultorio se realizaría una pregunta enfática como: ¿El consultorio y la sala de espera se encuentran limpios y contaron con bancas y sillas para su comodidad? Si la respuesta es positiva lo interpretamos como que las expectativas igualan la percepción por lo tanto se percibe como que existe calidad en la dimensión de infraestructura o comodidad, para enriquecer nuestra investigación podríamos añadir otra cuestión como la satisfacción respecto a la dimensión, de lo que hablaremos en la siguiente sección.

II.A.6.- SATISFACCIÓN CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Al hablar sobre la percepción de la calidad de atención médica estamos obligados a enunciar la satisfacción del usuario, pues aunque son términos vinculados, mientras la calidad percibida es un juicio global o actitud relacionada con la superioridad de un servicio, la satisfacción se relaciona como una transacción particular o con un punto específico de ella.[63]

El estudio del bienestar subjetivo y la satisfacción, supone desafíos epistemológicos que se refieren a la manera en que los usuarios perciben su situación. Las experiencias cognitivas, están asociadas al alcance de metas y expectativas (logros) o a la imposibilidad de hacerlo (fracasos). Cuando hay logros se traduce en bienestar y se expresa en satisfacción.[5] En base a esto afirmamos que la satisfacción es la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los usuarios y por la población en general, es decir, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas.[45]

La satisfacción es “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”. Representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. Y la evaluación de la satisfacción de los usuarios se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos del estado actual y lo que falta para completar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

las expectativas del usuario.[3, 86] Se puede entender también, como el conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia, los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del Sistema de Salud.

Uno de los elementos dentro de la construcción del concepto de satisfacción es el proceso subjetivo, a través del cual el individuo extrae, reconoce e interpreta información en relación a un estimulo determinado; es subjetivo, ya que media e interviene entre la sensación y la conducta. La percepción, dentro de este proceso subjetivo, adquiere un carácter singular, puesto que se construye a partir de la experiencia propia, influida y determinada por condiciones psicológicas, sociales, culturales y medioambientales. La construcción de la "percepción tiene gran importancia en el tipo de conducta que asumen las personas, de acuerdo a estas, se desarrollan formas de reaccionar o responder, generando actitudes". Las actitudes son reacciones positivas o negativas hacia un objeto. Las expectativas son creencias o convencimientos de que algo va a suceder de una manera determinada.[21]

Calidad y satisfacción están altamente interrelacionados y de hecho más de la mitad de las percepciones de satisfacción pueden estar estadísticamente relacionadas a la percepción de calidad.[103]

Es importante asegurar que los pacientes tengan expectativas realistas de los servicios médicos que deben recibir.[104] Los usuarios que están satisfechos con la atención recibida es que existe congruencia en lo que esperaban recibir y lo que han recibido. Es así como la satisfacción o insatisfacción del usuario no es, obligatoriamente, congruente con la calidad de atención que se le brinda.[21]

Los usuarios de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.[86] EUA se ha esforzado por proporcionar lo que la mayoría de los pacientes realmente buscan en la atención médica como la escucha empática, revisión y claro, la comunicación, en lugar de utilizar la tecnología como una muleta.[76]

La satisfacción del usuario constituye uno de los más versátiles indicadores de calidad, por ser una medida de los resultados de la atención y un predictor de fidelización del usuario. El interés médico de que el usuario este satisfecho con la atención es para que procure su atención, siga las instrucciones que se le dan, que regrese y que recomiende

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

el servicio a los demás.[7] Además de ser un incentivo para el personal de salud que otorga la atención médica.[76]

La satisfacción del paciente se refiere a la relación del proveedor de salud con la comodidad del paciente [2]. Se divide en tres grados:

- **Satisfacción completa**: cuando las expectativas del usuario son cubiertas en su totalidad.
- **Satisfacción intermedia**: cuando las expectativas del usuario son cubiertas parcialmente.
- **Insatisfacción**: cuando las expectativas del usuario no son cubiertas.

Los grados de satisfacción se hallan asignando valores y rango de promedios a las respuestas de los usuarios, asignándose valores a las respuestas que estos dan, pudiéndose utilizar la escala de Likert, vigesimal y otros.[7]

La evaluación de la satisfacción supone variantes complejas que proporcionan información útil para identificar dimensiones que afectan el bienestar individual y compararlos con indicadores objetivos. Un modo de hacerlo es a través de cuestionarios susceptibles de ser estadísticamente analizados.[5] Las encuestas de satisfacción son el método de investigación más empleado para conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad de los servicios ofertados. Para recopilar la información de los usuarios se han usado encuestas y grupos focales (reuniones de un grupo de individuos seleccionados para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho que es objeto de investigación).[89] Se ha descrito que las características sociodemográficas pueden afectar la percepción de la satisfacción del paciente.[3]

Los estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta percepción de la calidad de la atención en servicios de salud disminuye.[94] Los resultados obtenidos deben propiciar programas o proyectos de mejora continua de los procesos, que incorporen acciones de monitoreo y seguimiento, así como proyectos de investigación que aporten conocimiento y mejora de la calidad.[89]

La satisfacción se refiere a la complacencia del usuario por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para medir la satisfacción del usuario se dispone de métodos cualitativos y cuantitativos, uno de este último son los métodos de estimación directa. Son instrumentos que permiten analizar cuantitativamente la percepción de los niveles de calidad por parte del usuario utilizando para ello diferentes tipos de escalas de evaluación.

II.A.7.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON IRA

Actualmente en las instituciones públicas y privadas del sector salud, existe un interés creciente por evaluar la calidad de atención para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como el programa de Atención a Niños Menores de 5 años con IRA. Como todo programa del Sistema de Salud está sujeto a revisiones y una de las más imperantes medidas del resultado es la percepción de la calidad de los padres / acompañantes que llevan a su niño a recibir atención médica pues es la figura que mantiene mayor contacto directo con el personal.[105]

El nivel de calidad del servicio es la diferencia entre el servicio percibido en función de que tan bien se desempeña el establecimiento y el proveedor del servicio y la expectativa del usuario.

El grado de satisfacción del acompañante del paciente pediátrico cumple una función importante en la atención médica. Se trata, en primer lugar, de un juicio sobre la calidad de la atención, que incorpora las expectativas y percepciones del paciente. En segundo lugar, se trata de un resultado de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también un signo de éxito para la institución sanitaria. En tercer lugar, la satisfacción del paciente asegura que cumpla su tratamiento, alentándolo en la búsqueda de atención y para que colaboren en lograr su mejoría.[65]

La evaluación de la percepción de la calidad y la satisfacción más utilizado en México es el sistema de monitoreo INDICAS,[96] en el que se aplican cuestionarios cara a cara en las Unidades de Salud, cuatrimestralmente, sobre programas de salud, incluidos la atención al menor de 5 años con IRA con los siguientes Indicadores y Variables de interés para nuestro estudio:

1) Atención Médica Efectiva Primer Nivel: Atención al menor de 5 años con IRA:
    a. Porcentaje de expedientes con registro de la evaluación de la FR
    b. Porcentaje de expedientes con registro de búsqueda de signos clínicos de infección respiratoria baja

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

c. Porcentaje de expedientes con registro de captación de capacitación del cuidador para identificación de signos de alarma o dificultad respiratoria

2) Organización de los servicios de primer nivel urbano:
   a. Tiempo de espera en Consulta Externa en Medio Urbano
   b. Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar (0 y 30 minutos) para recibir consulta Primer Nivel Urbano
   c. Surtimiento completo de medicamentos
3) Índice de trato digno en Primer Nivel:
   a. Satisfacción por la Oportunidad en la Atención
      i. Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa de primer nivel
   b. Satisfacción por la información proporcionada por el médico:
      i. Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les permitió hablar sobre su estado de salud
      ii. Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre su estado de salud
      iii. Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre el tratamiento que debe de seguir
      iv. Porcentaje de usuarios que consideraron clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa en Primer Nivel
   c. Satisfacción por el surtimiento de medicamentos:
      i. Porcentaje de usuarios satisfechos con la cantidad de medicamentos que le entregaron
   d. Satisfacción por el trato recibido:
      i. Porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad médica de consulta externa de primer Nivel
      ii. Total de quejas[97, 106]

La mejora de la atención en salud propicia el análisis de la morbilidad y mortalidad infantil. El análisis de cada IRA en los niños menores de 5 años es la reconstrucción de las circunstancias que rodean este evento, conformado por las condiciones de vida, la respuesta de los servicios de salud y la percepción del usuario (padres, familiares o acompañantes); con base en está recreación se identifican los problemas y los puntos críticos del proceso de atención.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.B.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

II.B.1.- DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa causada por microorganismos, que afectan al aparato respiratorio, durante un periodo menor de 15 días.[107, 108] Caso de IRA: niño menor de 5 años que presenta uno ó más de los siguientes signos ó síntomas: rinorrea u obstrucción nasal, otolgia, otorrea, odinofagia, hiperemia faríngea con o sin placas purulentas, tos, polipnea ó dificultad respiratoria.[107]

II.B.2.- EPIDEMIOLOGÍA

La NOM 017 establece que son objeto de notificación semanal los casos de IRA.[109]

Transición epidemiológica. El "Modelo Polarizado Prolongado" que se ha dado en México denota que en las poblaciones pobres y rurales predominan las enfermedades infecciosas y en las urbanas e industrializadas las enfermedades crónico – degenerativas. Aunque no precisamente es un patrón.[110]

Morbilidad. La prevalencia de infecciones a nivel mundial en la población infantil era de 5.7 por cada 100 pacientes y la incidencia de 10.9 por 100 pacientes. El 15% de infecciones en los países en desarrollo está asociado a la Neumonía.[111] En México es la primera causa de morbilidad (44.8%), en Aguascalientes 43%.[112]

Mortalidad. La salud de los niños se encuentra en el centro de las preocupaciones de la agenda global en salud,[113] la mortalidad es un elemento para determinar los daños a la salud.[110] La Neumonía ocupa el 2° lugar dentro de las causas de muerte a nivel mundial (17%).[114] La mortalidad por causas infecciosas en los niños mexicanos menores de 5 años ha disminuido significativamente[110] (reducción anual de 5.4%, estándar mundial 4%),[115] debido a la mejoría de las condiciones sanitarias de la población, aplicación de programas específicos y el programa ampliado de vacunaciones.[110]

II.B.3.- ETIOLOGÍA

Las IRA de origen viral representan el 80 – 90% de la consulta[116] y hospitalización.[112, 117] Según la OMS los patógenos que afectan principalmente el tracto respiratorio son el Virus Sincitial Respiratorio, Haemophilus Influenza,[118] Parainfluenza. En los países en desarrollo el principal agente etiológico encontrado es el Staphylococcus aureus en la población general.[111]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.B.4.- FACTORES DE RIESGO

Estrato socioeconómico bajo,[114] porque reduce la búsqueda de atención, acceso a los servicios de salud, desnutrición,[119] discriminación de género.[115, 120] Bajos niveles de educación de la madre (mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida),[121] debido al poco acceso a la información[114] y al desconocimiento de signos de alarma.[119]

Patrones reproductivos de la madre: Edad de la madre: hijos de madres adolescentes tienen alto riesgo de bajo peso al nacer,[115] y los de madres de más de 40 años de prematurez,[122] muerte fetal y anormalidades congénitas.[121] Alto número y frecuencia de los embarazos (National Research Council) reducen la atención de la salud de los niños; los bebés nacidos con menos de dos años entre sí, tienen más riesgo de morir y enfermar, lo ideal es de 3 a 5 años.[121] Embarazos no deseados: mayor probabilidad de salud deficiente porque reciben menos atención médica y menos vacunación.[121]

Vivir en área rural (70% son pobres).[114, 120] Asistencia a guarderías incrementan la frecuencia, gravedad y duración de las IRA.[108, 116] Inhalación de partículas contaminantes,[120] como el esmog, combustibles sólidos, biomasa (sobretodo humo de quema de leña) en vivienda con poca ventilación;[116] y el tabaquismo,[123] es el principal contaminante ambiental documentado como factor de riesgo directo.[124] Clima: cambios de temperatura, frío, estacionales como en invierno.[119] Violencia intrafamiliar: el estrés materno afecta las conductas de suministro de cuidado del niño.[121] Prematurez y bajo peso al nacer.[124, 125] Riesgo de muerte por cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar e inmunodeficiencias.[123] Edad: más frecuente en los primeros años de vida, debido a factores anatómicos, inmadurez, o fallas en los mecanismos de defensa.[126] Esquema de vacunación incompleto.[123] Servicios de atención en salud deficientes,[121] por poca continuidad de los tratamientos, la escasez de insumos institucionales, poca difusión de programas y la poca capacitación a familiares sobre datos de alarma y medidas no farmacológicas.[119] Automedicación.[119]

II.B.5.- FORMAS DE TRANSMISIÓN

Secreciones nasofaríngeas emitidas por el enfermo al toser, hablar y/o estornudar, de persona a persona, por contacto con fómites o aerosoles. Otra vía es la fecal – oral y respiratoria y de madre a hijo durante el periodo perinatal.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.B.6.- DIAGNOSTICO

Fundamentalmente clínico, con apoyo de los datos epidemiológicos como la edad y factores de riesgo. Los exámenes especiales solo con fines de investigación.

II.B.7.- CLASIFICACIÓN

Se clasifican según el sitio anatómico que afectan: IRA superiores e IRA inferiores.[107, 127]

II.B.7.a.- INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

De todas las infecciones, las de las vías respiratorias superiores son las más frecuentes (99%) y 1% las inferiores.[107] Se pueden agrupar así:

Rinofaringitis aguda o Resfriado Común

Enfermedad aguda, de origen viral, autolimitada.[108] Se transmite por contacto estrecho: manos[108] y gotitas de saliva. Etiología: Rinovirus 40%, seguido por la Influenza. Cuadro clínico: rinorrea mucohialina, congestión nasal, fiebre, tos seca y malestar general, cefalea, prurito o ardor faríngeo y conjuntival, epifora, escalofríos, hipoacusia, mioartralgias, molestias gastrointestinales; en recién nacidos se manifiesta como letargo, irritabilidad y dificultad para la alimentación y accesos de apnea. A la exploración física (EF) se encuentra la mucosa nasal, conjuntivas y tímpanos hiperemicos, hiperplasia linfoide en retrofaringe con descarga retronasal mucopurulenta, adenopatía cervical leve, aftas en mucosa oral. Tratamiento: sintomático,[108] no hay antivirales específicos, aunque la Amantadina impide la replicación del virus de la Influenza tipo A.[127, 128] Complicaciones: raras, las más comunes son las infecciones bacterianas secundarias, pues los virus intervienen en la función ciliar que aumentan la adherencia de bacterias y células inflamatorias. La intensidad, duración y complicaciones dependen del hospedero y del virus causal, el día 3 de enfermedad es el de máxima reproducción viral, sintomatología más intensa y mayor contagiosidad. Prevención: vacunas contra la gripe por virus influenza A y B son trivalentes: H1N1, H3N2 y B, se recomienda a niños mayores de 6 meses con factores de riesgo, es anual en otoño.

Rinosinusitis aguda

Inflamación de la mucosa o del hueso subyacente de las paredes de uno o más de los senos paranasales o la presencia de derrame en su interior. Se divide en semanas: 1) Aguda: < de 4; 2) Subaguda: entre 4 a 12; 3) Crónica: > de 12 y 4) Aguda recurrente: 4 o más episodios al año y el episodio dura entre 7 y 10 días. Epidemiología: complica 5 a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

10% de los resfriados comunes en niños, es decir, 20 a 30 millones de casos al año. Factores de riesgo: convivencia con niños en edad escolar y coexiste con asma (34%).[129] Etiología: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis, virus 10%: Adenovirus, Parainfluenza, Influenza y Rinovirus. Después de 7 días de una rinosinusitis viral hay mayor probabilidad de invasión bacteriana.[130] Cuadro clínico: síntomas persistentes de descarga nasal, tos diurna, edema palpebral, fiebre alta y cefalea. A la EF hay edema y eritema de la mucosa con descarga mucopurulenta en la faringe, palpación y percusión dolorosa de la cara y los dientes y halitosis. Los senos maxilares y etmoidales se afectan más frecuentemente. Diagnóstico: en base a clínica, el estándar de oro es la aspiración del seno maxilar para aislamiento bacteriano. Las pruebas confirmatorias son la transiluminación, las radiografías (Rx) anteroposterior (AP), lateral y occipitomentoniana donde se observa opacificación difusa, engrosamiento de la mucosa > de 4 mm y nivel de aire/líquido; Tomografía axial computarizada (TAC) con cortes coronales. Tratamiento: no antimicrobiano,[108] si se requiere, se recomienda la Amoxicilina con Ácido Clavulánico a dosis de 40 a 90 mg/kg, Cefalosporinas de 3ª y 4ª generación; por 14 días; en alérgicos a penicilina se usan Macrólidos. Descongestivos tópicos y antihistamínicos. La cirugía rara vez se requiere. Complicaciones: ceulitis orbitaria y absceso periorbitario.[131] Prevención: lavado de manos, evitar exposición a humo y reducir la exposición a alérgenos.[132]

Faringoamigdalitis ó Faringitis aguda

Etiología: Faringoamigdalitis estreptocóccica: estreptococo β-hemolítico como Streptococcus pyogenes. Faringoamigdalitis no estreptocóccica: Adenovirus (85%), en los niños las bacterias no son frecuentes. Epidemiología: segunda causa de consulta por IRA en el IMSS, después del resfriado común.[116] Cuadro clínico: datos clave: niño preescolar, con fiebre, exudado amigdalino, cultivo negativo a Estreptococo del grupo A y poca mejoría clínica a la Penicilina; en virus Coxackie A hay hepargina. Probablemente estreptocóccica: niños > de 5 años, exudado blanquecino en las amígdalas y ganglios cervicales anteriores inflamados.[108] Los lactantes presentan irritabilidad, fiebre, secreción nasal serosa, narinas excoriadas, vómitos, halitosis, descarga retronasal, hiperemia de faringe, disfagia y es común que se acompañe de OMA. Diagnóstico: Estreptocóccica: específicos: cultivo faríngeo (estándar de oro);[108] inespecíficos: biometría hemática (BH) con leucocitosis entre 10,000 y 12,000 con neutrofilia; proteína C reactiva (PCR) positiva. Tratamiento: Estreptocóccica: Penicilina G benzatínica 600 000 UI intramuscular (IM)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dosis única (DU) en < 20 kg de peso, en alérgicos la Eritromicina 30 – 40 mg/kg/día por 10 días.[108] No estreptocóccica: sintomático. Complicaciones: Estreptocóccica: linfadenitis cervical, fiebre reumática,[133] glomerulonefritis aguda, mastoiditis, meningitis, peritonitis, síndrome del choque tóxico. Prevención: educación para la salud,[108] control del niño sano y control de factores predisponentes.[116]

Otitis Media Aguda (OMA)

Inflamación del revestimiento mucoperióstico del oído medio, de origen infeccioso, que suele ser precursora o concomitante de las IRA altas. OMA: presencia de líquido purulento en el oído medio de menos de 3 semanas de evolución. Etiología: bacteriana: S. pneumoniae, H. influenzae y M. catarrhalis. Viral: Sincicial Respiratorio, Parainfluenza e Influenza. Epidemiología: infección bacteriana más común en niños de EUA (20 – 40%). Mayor incidencia en < de 2 años por condiciones anatómicas de la trompa de Eustaquio que permite el paso de los microorganismo de la nasofaringe. Factores de riesgo: hacinamiento, guardería, sexo masculino, alimentación con leche de fórmula, predisposición familiar, fumadores pasivos, uso de chupetes, inmunodeficiencias, alergias, falta de difusión y orientación sobre complicaciones de las IRA.[119] Cuadro clínico: otalgia, otorrea seropurulenta e hiperemia, abombamiento, perforación e inmovilidad de la membrana timpánica,[107] fiebre, irritabilidad, tubotimpanitis, hipoacusia, acufenos, llanto no explicable en niños pequeños, pérdida del apetito, náusea, rinitis. EF: evaluar el color, movilidad y posición de la membrana timpánica. Diagnóstico: la timpanocentesis es diagnóstica y terapéutica, no es de uso habitual. En la audiometría puede existir hipoacusia conductiva de baja frecuencia y la timpanometría. Para estudiar las complicaciones de la OMA se solicita TAC. Tratamiento: solo analgésicos (se autolimita en 10 a 14 días), el antibiótico solo en < de 2 años y > de 2 años con fiebre, otalgia persistente o complicación supurativa. El estándar de oro es la Amoxicilina sola 80 mg/kg/día o combinada con Ácido Clavulánico ó Cefalosporinas. Descongestionantes y/o antihistamínicos.[134] Complicaciones: son derivadas de la cronicidad de la OMA: son intratemporales e intracraneales. Principal causa prevenible de sordera.[133] Prevención: evitar factores de riesgo. Vacuna neumocócica. Quimioprofilaxis.

Laringotraqueobronquitis aguda (crup)

Infección que forma parte del síndrome obstructivo laríngeo agudo, predispone a obstrucción respiratoria. Etiología: principalmente virus: Parainfluenza 1, 2 y 3; menos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frecuente: Sincicial Respiratorio, Influenza A y B, rinovirus y adenovirus; y excepcional bacterias como *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) que puede causar síntomas de IRA baja.[132] Se inocula de nariz y faringe.[135] Epidemiología: mayor incidencia en niños de 6 meses a 3 años, con un pico a los 2 años de edad,[135] principalmente en otoño e invierno. Cuadro clínico: triada clásica de tos traqueal, estridor inspiratorio y disfonía.[132] Inicialmente se presentan síntomas de rinofaringitis. Los casos leves duran de 3 a 7 días y los graves de 7 a 14 días. Diagnóstico: básicamente es clínico. En la Rx de tórax el signo de la "aguja" indica edema subglótico y en la lateral de cuello hay sobredistensión de hipofaringe y estrechamiento de la columna aérea de la laringe y la tráquea cervical. Del laboratorio: PCR para identificar el antígeno viral o serología de anticuerpos contras los virus más frecuentes. Tratamiento: priorizar el mantener la vía aérea permeable y la ventilación con saturación de oxígeno (SatO2) entre 92 a 94%,[135] humidificar la vía aérea, adrenalina nebulizada a dosis de 0.5 ml/kg, Dexametasona 0.6 mg/kg DU IM o intravenosa (IV) y Budesonida nebulizada. Complicaciones: puede causar diestrés respiratorio agudo que requiera intubación.[135] Prevención: vacuna contra la Influenza.

II.B.7.b.- INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES

Bronquitis aguda

Proceso inflamatorio agudo de los bronquios que se resuelve en menos de tres meses. Epidemiología: afecta más a hombres que a mujeres en proporción 2:1. Etiología: primordialmente virus de la Influenza, Rhinovirus, Adenovirus; bacterias como H. influenzae no tipificable e incluso Hib, S. pneumoniae y M. catarrhalis. El germen provoca inflamación, daño al cilio respiratorio e hipersecreción de moco. Cuadro clínico: antecedente de IRA alta que evoluciona a presentar tos productiva o no, fiebre; EF: estertores gruesos. Diagnóstico: además de la clínica, la Rx de tórax muestra reforzamiento radiológico de la región parahiliar y peribronquial con broncograma aéreo. En la BH los procesos virales tienden a la linfocitosis con leucocitos normales y en los bacterianos hay leucocitosis con neutrofilia. Tratamiento: orientado a la rehabilitación del árbol respiratorio. Si se sospecha etiología bacteriana la Amoxicilina a dosis 90 mg/kg/día por 7 a 10 días o combinada con Ácido Clavulánico y en alérgicos a Penicilinas los Macrólidos como la Claritromicina o Azitromicina. Prevención: lavado de manos y manejo adecuado de secreciones. Esquemas de inmunización completas contra Hib, ya incluida

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en el esquema nacional de vacunación, vacuna contra Infleunza anual y contra el Neumococo.

Bronquiolitis

Proceso inflamatorio del bronquiolo terminal e intersticio pulmonar, donde se genera hipersecreción de moco, necrosis de células epiteliales y obstrucción parcial de la vía aérea,[135, 136] con mecanismo de válvula, que permite la entrada fácil de aire pero mayor resistencia a su salida, dando como resultado sobredistensión pulmonar e insuficiencia respiratoria. También se llama Neumonía intersticial.[137] Etiología: Virus Sincicial Respiratorio (70%),[124, 125, 136] otros son los Rinovirus y Adenovirus. Epidemiología: mayor incidencia niños < de 2 años de edad, varones.[135] Importante causa de mortalidad en los países en desarrollo (1%).[124] Cuadro clínico: es precedida por IRA superior. Se presenta con dificultad respiratoria como aleteo nasal, disociación toraco – abdominal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, cianosis que indica hipercapnia; tórax sobredistendido, disminución de movimientos respiratorios, hipertimpanismo a la percusión e hígado palpable por descenso. Además de fiebre; las sibilancias inspiratorias son el sello distintivo de la definición estadounidense. Diagnóstico: clínico[135] y con apoyos de la Rx de tórax que muestra sobredistensión pulmonar, con imagen en vidrio despulido o infiltrado retículo – nodular fino. Tratamiento: el objetivo es restablecer la función pulmonar: aporte de líquidos IV y nebulización con solución salina hipertónica, oxigenoterapia (si la SatO2 es < 90%), y apoyo ventilatorio mecánico si se requiere; fisioterapia pulmonar. Es discutido el uso de broncodilatadores y esteroides. Hospitalizar a niños < de 6 meses con dificultad respiratoria grave, cianosis, desnutridos, enfermedades asociadas y padres poco confiables para su cuidado. No requiere antibiótico,[124] solo si se sospecha de coinfección (fiebre elevada y prolongada). Prevención: vacuna contra la Influenza en niños menores de 3 años 2 dosis anuales con intervalo de 1 mes, posteriormente una dosis anual. Complicaciones: la mayoría se resuelve sin secuelas notables, pero puede progresar a falla respiratoria y muerte.[135] En la bronquiolitis de repetición se debe considerar el asma con inicio en los primeros meses de vida.

Neumonía

Etiología: la mayoría viral (Influenza), bacterias típicas (S. pneumoniae) ó atípicas (Mycoplasma y Chlamydia).[135] Epidemiología: causa del 1.7% de niños menores de 5 años hospitalizados y de 2.4% en tratamiento ambulatorio, afecta más a < de 2 años,[112] y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en general < de 4 años de edad.[127] Cuadro clínico: fiebre, tos productiva y taquipnea, ataque al estado general y datos de dificultad respiratoria. La medición de la FR ayuda a detectar 50 a 80% de las neumonías[135, 138]. Fases en base a la insuficiencia respiratoria: Neumonía en fase temprana: polipnea; fase aguda: polipnea, tiraje, sibilancias y estridor en reposo; fase avanzada en < 2 meses de edad: somnolencia, convulsiones, cianosis y palidez (la fiebre o hipotermia son datos de gravedad y el rechazo a la vía oral en menores de 5 años); en > 2 meses a 4 años: convulsiones y somnolencia.[107] Diagnóstico: clínico (factor predictor más importante: edad), se apoya con Rx AP y lateral de tórax: condensación y rarefacción pulmonar. La BH orienta a su origen viral o bacteriano. Para el diagnostico etiológico específico pruebas inmunológicas.[139] Tratamiento: mantener la vía aérea permeable, hidratación adecuada, aspiración y fluidificar secreciones, fisioterapia pulmonar, suplemento de oxígeno y broncodilatadores; y en casos graves ventilación asistida. El tratamiento antimicrobiano es empírico de acuerdo a los agentes etiológicos por edad: Recién nacido a 3 meses: Ampicilina + Amikacina. De 3 meses a 5 años: Penicilina. Al identificar el agente etiológico, se modifica al específico. La administración de antibióticos reduce la mortalidad en 70%, pero a nivel mundial solo 27% lo reciben.[115] Criterios absolutos para derivación a segundo nivel: edad < de 1 mes, SatO2 ≤ 92%, signos de diestres respiratorio, sepsis y/o neumonía complicada. El seguimiento y evaluación clínica se debe realizar a las 48 horas. La OMS define mejoría clínica cuando el niño tiene respiración más lenta, menos fiebre y come mejor. Prevención: vacunación contra Hib y conjugada contra Neumococo. Complicaciones: derrame pleural, neumotórax; en niños pequeños. sepsis, falla respiratoria, abscesos, meningitis, artritis séptica y osteomielitis. Está asociada a la atención de la salud (23%), principal causa de mortalidad en niños alrededor del mundo.[135, 136]

II.B.8.- DATOS DE ALARMA

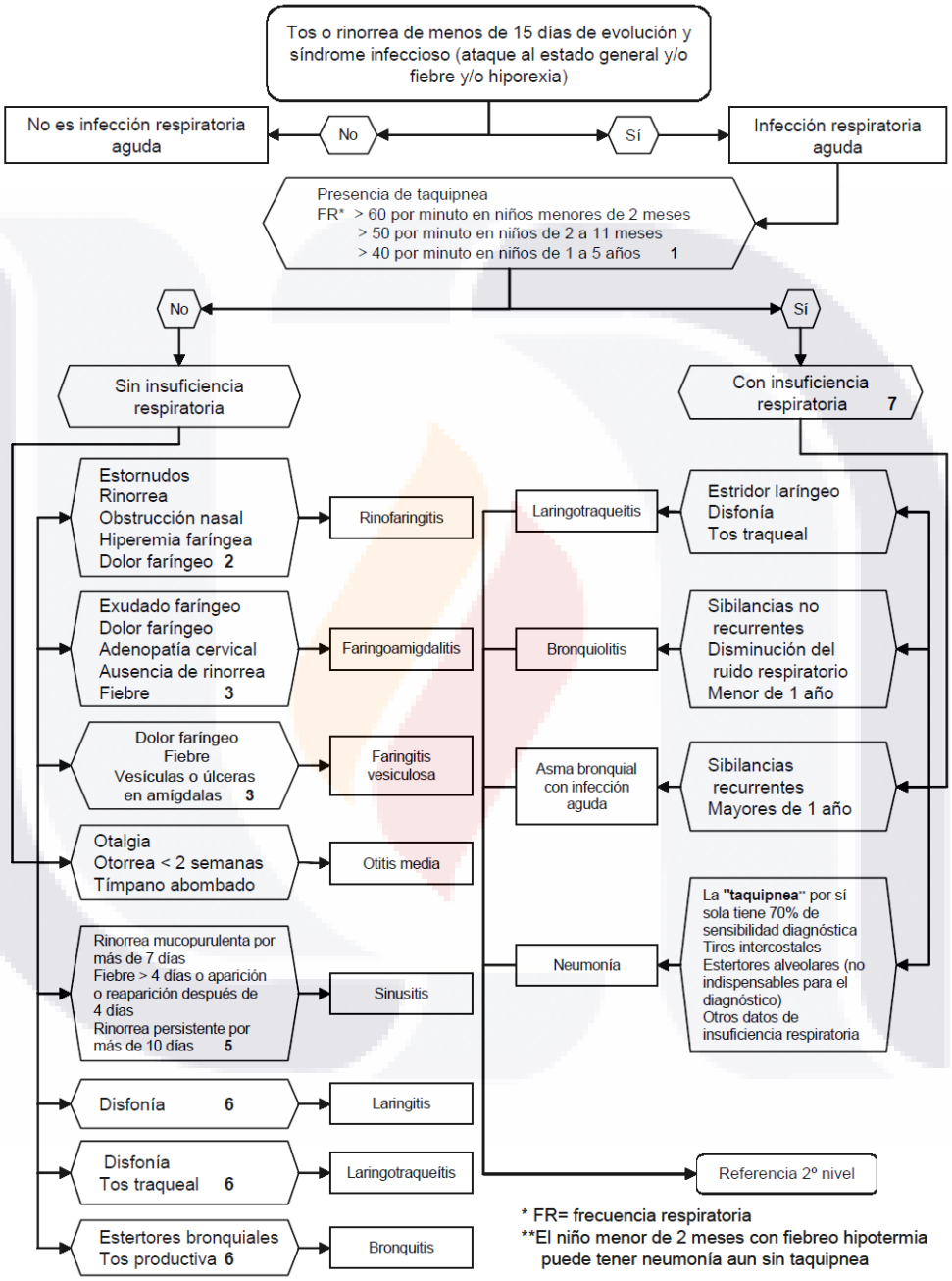
Se requiere atención médica de calidad para estimular a los cuidadores de los niños con IRA para que identifiquen signos de alarma y que acudan a la unidad de salud para recibir atención oportuna, sin embargo, solo el 48% de los cuidadores identifican signos de alarma.[111, 112, 115, 140] Tales como aumento de la FR, dificultad respiratoria, dificultar para beber y que el niño se vea grave,[116] síntomas neurológicos, obstrucción de la vía aérea, alteración en el volumen urinario, vómito persistente y exantema petequial o purpúrico.[108] En todos los casos se debe evaluar el riesgo social:[141] madre adolescente, analfabeta, niño con vacunación incompleta, hacinamiento, etc.[124, 125]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las IRA en niños son entidades nosológicas complejas, que han merecido el desarrollo de algoritmos diagnósticos, uno de los cuales se presenta en la Figura 6:

Figura 6. Algoritmo Diagnóstico de las IRA en niños menores de 5 años[116]



II.B.9.- PREVENCIÓN

La atención integrada busca la atención oportuna y eficiente (prevención, diagnostico y tratamiento) de IRA, aunado a la vacunación universal,[112] y modificar los factores de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

riesgo como la exposición del niño a contaminantes y lactancia materna exclusiva.[124] La educación del equipo de salud es fundamental en el control de infecciones,[111] involucrar a las madres en el hogar para evitar complicaciones y muertes en niños, mejorando su calidad de vida.[112] Las intervenciones efectivas en la prevención y el tratamiento a nivel de la comunidad son las acciones más vinculadas a reducir la morbi – mortalidad por IRA,[121] promover el sistema de mamá canguro,[114] higiene de manos (la probabilidad de contagio es mayor a través del contacto con las manos que por vía aérea) y[111] uso de cubrebocas.[142]

II.B.10.- RECOMENDACIONES

Las medidas generales para complementar la atención de los pacientes en el hogar son: mantener la alimentación habitual, sin suspender la lactancia materna, aporte adecuado de líquidos y frutas ricas con vitamina A y C (amarillas o anaranjadas), limpieza de fosas nasales, evitar cambios de temperatura, humidificar el ambiente, cambios frecuentes de posición en cuando este acostado, promover ejercicio al aire libre, evitar la exposición a humos en habitaciones cerradas sobretodo evitar fumar cerca del niño y educar a la madre para que identifique signos de gravedad.[107] Revaloración médica después de 3 a 5 días de iniciar el cuadro.[108] La OMS y la UNICEF proponen la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (78.9% de los niños inician alimentación complementaria antes),[140] brechas de cobertura a nivel mundial.[115]

Otras estrategias para disminuir el impacto de las IRA en la comunidad son la educación comunitaria para desarrollar acciones preventivas, unificar criterios de diagnostico y tratamiento; y acceso a la atención médica y los medicamentos esenciales. Pprogramas contra la contaminación, incremento de vacunaciones[143] (Influenza y Neumococo).[123] Fortalecer las habilidades del equipo de salud, los servicios, sistemas de salud y mejorar las prácticas familiares y comunitarias.[18]

II.B.11.- PERSPECTIVAS Y METAS

Disminuir la mortalidad infantil a nivel mundial dos terceras partes para el 2015.[112] Disminuir las enfermedades infecciosas y la tasa de mortalidad infantil a los niveles más bajos para el 2035.[120] Invertir en más tecnología para la identificación eficaz del patógeno causante de IRA, dando tratamiento específico, lo que disminuiría la resistencia a los antibióticos.[120]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.C.- ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD

II.C.1.- DEFINICIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD

La atención sanitaria son los servicios de profesionales dirigidos a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia y mantenimiento de la salud y el tratamiento de enfermedades, a fin de obtener la curación o, en su defecto la paliación y funcionamiento óptimos. La atención sanitaria es más amplia que la atención médica en la cual el médico lleva a cabo la acción terapéutica o bajo su supervisión.[55]

La Atención Integral a la Salud es el conjunto de actividades en el marco de la atención primaria a la salud, realizadas por el médico familiar (MF), quién con apoyo de un equipo multidisciplinario, promueven la salud y permiten la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades.[144, 145]

La Atención Integral son las características de la atención en salud donde existe el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir, la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales y biológicas,[146] a fin de procurar el completo bienestar físico, mental y social del individuo; con el fin de mejorar la calidad de atención básica en salud con criterios de equidad, solidaridad y uniformidad en forma sostenible y eficaz.[30]

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar es el conjunto de estrategias, normas y procedimientos, herramientas y recursos que responden a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

II.C.2.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Un Modelo es un instrumento metodológico de representación de la realidad, es una interpretación de la existencia, y de la forma como las personas actúan en ella.[147]

Los Sistemas de Salud se han empeñado en buscar Modelos de Atención en Salud más sustentables,[145] debido a la transición de la población y otros factores como los avances tecnológicos, las presiones económicas y el aumento de la demanda de los usuarios.[1]

Partiendo de la base de los Modelos de Atención mencionaremos primero la **Atención Primaria de Salud (APS)** que se implementó en 1950, la OMS y la UNICEF la definieron en el Alma Ata (1978) como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar con autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud.[148] En el 2005 la OMS cambió el concepto de APS a ser "un enfoque para organizar a las comunidades en torno a la salud y darles el poder de tomar acciones sobre un amplio rango de determinantes, encaminado a la promoción de la salud".[66]

La atención primaria en salud (APS) desde su promulgación en Alama Ata ha demostrado ser una estrategia efectiva para fortalecer los sistemas y servicios de salud y mejorar la calidad de vida de la población, ya que el 93.5% de los problemas médicos se resuelven en el primer nivel de atención.[149] Sin embargo, la necesidad de mejorar esta atención dio pauta a la definición de la "APS Integral"[150], que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y en diversos trabajadores de la salud.[66]

Antiguamente la atención médica consistía en una relación sencilla entre el usuario y el médico, estas condiciones se han transformado originando abordajes multidisciplinarios para tratar los problemas de salud que aquejan al individuo y la comunidad.[151] La participación de la comunidad es la clave en la atención primaria en salud para formular estrategias, identificar sus prioridades, hacer más integral la atención de salud, para lo que se ha propuesto la modernización de los sistemas de salud en busca de la mayor eficiencia y beneficio para la población. El Modelo de Atención con enfoque Integral y Familiar implementado por otros países (como Chile) busca consolidar un sistema de salud que dé una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante acciones de calidad que permitan asegurar mejores resultados en salud y satisfacción de los usuarios; complementándose con el enfoque multidisciplinario. Los componentes del modelo son el equipo de salud multidisciplinario.[21]

Los Modelos en Salud que ofrecen un enfoque Integral se basan en la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y calidez teniendo el impacto principal en el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad, promoviendo la participación social como eje fundamental para la solución de problemas de salud de la comunidad. En el mundo, se han implementado Modelos parecidos con enfoque familiar y comunitario, con el que han disminuido sus tasas de mortalidad

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

materna e infantil, se ha aumentado la esperanza de vida, y han dotado a su población de un mejor saneamiento básico.[20]

Este Modelo de Atención, no pretende solo ampliar la cobertura de los servicios de salud, reordenar y optimizar el uso de los recursos humanos y físicos en el Sector, sino que además, busca mejorar la equidad, la calidad, la eficacia y la eficiencia, así como incrementar la satisfacción de sus usuarios, ya que todo está relacionado a satisfacer la calidad de atención que se oferta a la población.[16] Estos aspectos de la atención integral son sujetos a ser medibles en sus diferentes dimensiones para mejorar la calidad y promover la equidad para las poblaciones más vulnerables.[152]

Los modelos de atención integral a la salud tiene sus fundamentos en los nueve principios de Mc Whinney: 1) Compromiso con la persona (disponible para cualquier enfermedad, 2) Contexto de la enfermedad (familiar y social), 3) Aspectos subjetivos de la enfermedad (sentimientos y emociones), 4) Medicina Preventiva, 5) Población de riesgo (diagnóstico de salud, incorpora el enfoque de riesgo en acciones comunitarias y poblaciones a implementar), 6) Conocimiento del territorio, 7) Atención accesible, 8) Atención en red (coordinación con otros niveles de atención como segundo y tercero), 9) Administración de recursos (gestión). De acuerdo a estos principios, el modelo aborda a la familia como un sujeto de intervención dando una atención integral y continua, es decir, a lo largo de todo su ciclo vital (sano, enfermo, agudo, crónico, terminal), bajo su prisma biopsicosocial y basando su acción en el trabajo en equipo (Barra R, 2003).[21]

Los Sistemas de Salud a nivel mundial han desarrollado diferentes Modelos como el universal gratuito en Cuba, seguro social unificado con cobertura virtualmente universal en Costa Rica, dual coordinado con cobertura casi universal en Chile, sector público en tres niveles con sector privado en Brasil, seguro social con papel central con cobertura casi universal en Panamá, cuatripartito combinado en Colombia, tripartito (seguro social, público y privado) en Argentina, tripartito segmentado en Uruguay y finalmente tripartito segmentado o muy segmentado carente de coordinación entre los tres subsectores, con 57 a 73% de población cubierta en once países incluyendo México.[7]

En Colombia, en el año 2004 se puso en marcha el Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria de Salud (MAPIS) fundamentado en tres pilares: la definición de Alma Ata[150], los elementos de la APS integral[151] y renovada.[153]. En su estructura operativa define que la puerta de entrada depende de enfermeras con asignación a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

familias que canalizan a los usuarios a los servicios de salud, facilitando el proceso de atención.[154]

En México, se ha implementado el **Modelo de Salud Familiar** que se define como "la salud del conjunto de los miembros en términos del funcionamiento efectivo de la familia, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de sus integrantes y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, proporcionando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida". (Barra R, 2000). Este modelo otorga una atención basada en las necesidades de los usuarios. [21]

Objetivos: Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud con el Fortalecimiento del Sistema, reorientando los servicios hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.[146]

Principios: Garantía de los derechos de los ciudadanos, universalidad, integralidad, equidad, continuidad, participativo, desconcentrado, eficiente, eficaz y de calidad.

Evolución: La OMS en el 2007 retoma la necesidad de contar con un marco común sobre lo que es el fortalecimiento de los sistemas de salud, agregando a los objetivos tradicionales de "promover, recuperar o mantener la salud" los de la influencia de los determinantes de la salud y las actividades relacionadas directamente con el mejoramiento de la salud.[85]

La OMS, en el 2008 refuerza la posición de que la provisión equitativa de los servicios de salud requieren ser fortalecidos, renovando el compromiso con la Atención Primaria de Salud Integral como clave para alcanzar un nivel de salud aceptable para la población mundial, creando Sistemas de Salud fuertes, equitativos e integrales, haciendo que la atención de salud de buena calidad sea accesible para todos y este enfoque coloca al usuario y/o población en el centro del sistema.[155]

El Modelo de Atención en Salud tradicional, paternalista, en el que el médico ordena, ha ido transformándose, pues se ha demostrado a través de las investigaciones que el Modelo de Atención centrado en el paciente enfatiza la autonomía, el consentimiento informado y el empoderamiento del paciente, lo que mejora la percepción de la calidad de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los servicios. Además de que involucra al paciente a responsabilizarse de su salud y reducir los costos de atención.[76]

La OMS y la OPS recomiendan establecer en la atención primaria la base para el desarrollo del sistema de salud, comprendida en el Modelo de Salud Familiar, en donde se otorga mayor capacidad de resolución para otorgar una atención más humanizada e integral.[66] Desde este punto de vista, la acción de toda organización de salud debe estar dirigida a la satisfacción de las expectativas del usuario.[2]

II.C.3.- FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR

Definición: Es el fortalecimiento de los procesos de atención primaria a la salud, para integrar la prevención y la asistencia médica familiar, con equipos de salud transdisciplinarios, que serán coordinados y liderados por el médico familiar.

Se centra en la atención integral a la salud de los pacientes, con el propósito de mejorar la oportunidad, corresponsabilidad, seguimiento y control de las principales enfermedades, que permitan contribuir a la viabilidad financiera del IMSS.[8]

Esta estrategia de Fortalecimiento indica el rumbo que los proveedores de salud deben seguir, al ejecutar acciones, distribuir los recursos y utilizar la información del medio ambiente para lograr los objetivos y metas trazadas.[156] (Figura 7).

Figura 7. Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar[159]

Fuente: Adaptado al Sistema de Medicina Familiar del IMSS), con base en el modelo teórico de implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud. Documento OMS/OPS, La Renovación de la Atención Primaria a la Salud en las Américas, 2010.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Objetivos:

1.- Mejorar la oportunidad, accesibilidad y continuidad de la atención.

2.- Integrar las acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos que se otorgan al individuo, familia y comunidad.

3.- Incrementar la capacidad resolutiva y mejorar la gestión del sistema de medicina familiar.

4.- Mejorar la satisfacción de los DH y fomentar su participación en el cuidado de su salud.

5.- Fomentar el trabajo transdisciplinario con el liderazgo del médico familiar.

6.- Evaluar la cobertura e impacto de los programas de salud.[160]

Justificación: La renovación de la APS mediante el Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar (FSMF) se implementó debido a: [152]

1) Las necesidades epidemiológicas y demográficas del país que provoca la creciente demanda de la población DH de los servicios de salud.
2) La situación actual del Sistema de Medicina Familiar fragmentado, con tiempos de espera prolongados, bajo nivel de desempeño en la prevención y curación y falta de continuidad.[157]
3) Insatisfacción del usuario.
4) Escaso autocuidado y autorresponsabilidad del paciente sobre su salud.
5) Uso inadecuado de recursos disponibles
6) Deficiente coordinación entre los integrantes del equipo de salud.[153, 158]

Pasos para llevar a cabo el FSMF (Atención Integral a la Salud) son cinco:

Paso 1: Elaboración del Diagnóstico de Salud de la Unidad de Medicina Familiar y la Situación de Salud por consultorio.

Paso 2: Conformación de los Equipos de Salud para la Atención Integral.

Paso 3: Capacitación al equipo de salud en Atención Integral a la Salud y Difusión.

Paso 4: Implementación de la Atención Integral a la Salud.

Paso 5: Supervisión y evaluación del desempeño

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Características del sistema de atención de medicina familiar en el modelo "uno a uno": En el FSMF se busca la modernización de la Atención Integral a la Salud con un trabajo coordinado y organizado.

El proceso de atención se otorga en Unidades de Medicina Familiar que tienen: un consultorio atendido por un Médico Familiar y de manera contigua un Módulo de Atención Preventiva Integrada, donde la Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF) otorga acciones preventivas intramuros.

Infraestructura: La prueba piloto del FSMF se aplicó en 29 delegaciones del país incluyendo Aguascalientes, en la UMF 11 del IMSS, desde enero del 2014.[160, 161] La característica de estas Unidades del Nuevo Modelo de Atención (UMF del IMSS), [152] es que tienen el modelo uno a uno.[158]

Definición de equipo transdisciplinario: Conjunto de profesionales de la salud, conformado por el personal médico de EEMF, nutrición y dietética, trabajo social, estomatólogo, epidemiólogo, médico de salud en el trabajo y asistente médica, que bajo el liderazgo del médico familiar, otorgan atención integral a la salud, centrando sus conocimientos con un objetivo en común.

Con la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral a la Salud en México, se crea un sistema de atención con enfoque familiar y comunitario, y con él, los equipos comunitarios de salud familiar ó equipo transdisciplinario, son quienes tienen la tarea de acercar los servicios de salud a la población a su cargo y mejorar la situación de salud de dicho sector, y por lo tanto, mejorar la satisfacción de la población.

II.C.3.a.- FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

La aparición de los conceptos de Calidad Total (entendiéndose como la suma de los recursos de una institución con el objetivo de mejorar la satisfacción de los usuarios al menor costo posible),[40] despertó, en el campo de la salud, nuevas perspectivas que cuestionaron los viejos modelos médicos introduciendo el nuevo Modelo de Atención Integral la cual debe difundir información sobre mejores prácticas clínicas y tecnologías en salud en términos de costo – efectividad; promover estrategias de calidad, eficiencia y equidad en la atención médica en todos los niveles; coadyuvar el desempeño gerencial de los directivos; desarrollar programas prioritarios; resolución de asuntos relevantes;

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

consolidar la organización, supervisión y evaluación de la atención médica y fortalecer las actividades médicas y técnico – administrativas para asegurar la prestación de servicios con plena satisfacción del usuario.[86]

La garantía de la calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.[53]

El fin último del Sistema de Fortalecimiento de Medicina Familiar es la mejora de la calidad en la que se supone la creación organizada de un cambio planificado de búsqueda de perfeccionamiento en beneficio del usuario y su familia.

Aproximación hacia los cambios que se pretenden en el MFAIMF, respecto a la Calidad de Atención Médica: la jerarquización es como sigue: 1) Cambios, 2) Cómo se hace y 3) Cómo se mide.

- Disminución de los tiempos de espera con atención oportuna:
    - Ampliar los espacios de la agenda del médico: recibir a espontáneos.
    - Atención prioritaria al asegurado.
    - Acercar los servicios al DH: conquista del DH que no acuden a consulta.
    - Ampliar la cobertura de los servicios: la EEMF otorga atención y realiza visitas a domicilio.
- Mejorar la calidad de la atención
    - Incremento en la capacidad resolutiva y satisfacción del usuario.
        - Consulta a núcleo familiar por el Médico Familiar.
        - Orientación médica telefónica por el Médico Familiar.
        - Encuestas de satisfacción, antes y después de la implementación de la reconversión.
    - Mayor comunicación entre niveles
        - Fortalecer la vinculación entre los niveles de atención para el seguimiento de los pacientes.
    - Incremento en educación y promoción de la salud
        - Capacitación académica a los médicos familiares en los problemas más frecuentes de consulta.
    - Corresponsabilidad en el autocuidado
        - Consulta grupal: educación y promoción a DH fomentando el autocuidado y su corresponsabilidad en el cuidado de su salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- Uso eficiente de recursos:
    - Prescripción razonada de auxiliares de diagnóstico y tratamiento: estudios de laboratorio y de Rayos X.
    - Impactos en salud: Con base a indicadores de salud.
- Disminución de las referencias a Segundo Nivel de Atención.
- Menor ocupación de camas en Segundo Nivel.[162]

En la línea de investigación que nos hemos orientado, las áreas de acción en las que pretendemos inferir, es en la planeación de intervención del equipo de salud: con el FSMF y la creación de los equipos transdisciplinarios se esperan ventajas significativas, como el acercamiento comunitario, conocer las condiciones en que vive la población, planificación participativa y poner en práctica estrategias de promoción de la salud. (Figura 8).

El diagnostico de salud y la medición de indicadores tangibles e intangibles como la percepción de la calidad de salud proporcionan una plataforma estandarizada de información y sus tendencias como insumo estratégico para:

- La formulación, ajuste y evaluación de políticas y programas de salud.
- La reorientación de los servicios y los sistemas de vigilancia en salud pública.
- La programación, monitoreo, evaluación y adaptación de la cooperación técnica.
- La movilización de recursos y la diseminación de información técnica en salud.[86]

Figura 8. Elementos del Fortalecimiento de la Atención Integral en Medicina Familiar.[161]

Evaluación

La evaluación de la calidad de atención médica percibida por los usuarios en el MFAIMF exploran las funciones esenciales y secundarias de la atención primaria (Acceso,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Integralidad. Continuidad, Coordinación, Orientación familiar y comunitaria). Metodología cualitativa: técnica de grupos de enfoque, dirigidos a personal de salud (MF y EEMF) y a DH. Permite la recolección de información detallada sobre la calidad de la atención en el primer nivel. Metodología cuantitativa: técnica de encuesta y dirigido exclusivamente a DH, donde se aplicará un cuestionario antes de iniciar el FSMF, así como después de su implementación (seis meses después) en 5 UMF con FSMF. El análisis de la información se realizará a través de análisis del discurso. Las variables a evaluar en el cuestionario se enlistan a continuación:

Variables a evaluar:

- **Concentración de la atención con médico regular:** Informes de los pacientes sobre la proporción de visitas al MF en relación con el número total de visitas a cualquier médico de la UMF.
- **Concentración de la atención con la UMF:** Informes de los pacientes sobre la proporción de visitas a la UMF en relación con el número total de visitas a cualquier clínica privada o pública.
- **Continuidad relacional (o conocimiento acumulado):** La confianza que los médicos familiares conocen la historia clínica y la situación personal y se encargará de la atención de manera continua.
- **Información de la continuidad:** La confianza en que si el paciente ve a un médico alternativo, el médico familiar recibirá información sobre esta visita.
- **Accesibilidad organizacional:** Conveniencia de la ubicación de la clínica y el horario de atención, los tiempos de espera para recibir la cita, y la facilidad de comunicarse con la clínica y el médico familiar por teléfono y otros medios.
- **La capacidad de respuesta de servicio a los pacientes:** Percepciones de los pacientes de la forma en que son tratados, como la actitud y la eficiencia del personal de recepción de la UMF y los retrasos en la sala de espera.
- **Accesibilidad Primer contacto (cara a cara y por teléfono):** La confianza de poder obtener asesoramiento con alguno de sus proveedores regulares si de repente enfermaran y necesitaran de cuidado en distintos momentos del día.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- **Integralidad (atención a la salud y cuidados preventivos):** Recuerdo de la promoción de la salud y la atención preventiva que el paciente recibió (varía dependiendo de la edad y el sexo).
- **La opinión de los pacientes sobre los servicios prestados por Enfermería:** El deseo o no de ser atendido por una enfermera para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, el tratamiento de heridas leves o enfermedades de menor importancia, y el seguimiento de los problemas de salud a largo plazo.
- **Coordinación médico-enfermera:** La confianza en que la enfermera y el MF se comunicarán con respecto a la visita con la enfermera y que el MF conoce la calidad de la atención recibida de la enfermera.
- **Coordinación MF-especialista:** La confianza en que el MF y médico no familiar colaborarán y se comunicara para la atención de los pacientes.
- **Colaboración intra-UMF:** La confianza que los proveedores de cuidado de la salud de la UMF colaborarán en y comunicar sobre el cuidado de los pacientes (la enfermera y el médico o la colaboración médico familiar y otros médicos).
- **El uso de los servicios de urgencias:** Informes de los pacientes sobre el uso de cualquiera de los tipos de servicios de urgencias.
- **Percepciones generales de los pacientes sobre la UMF:** Alcance de la información sobre UMF previstas y la opinión sobre si hay más ventajas que desventajas en las UMF.[159]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

III.- JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, se estima que 6.6 millones de niños menores de 5 años murieron para el año 2012, es decir, 18 000 muertes de niños menores de 5 años cada día o 12 muertes cada minuto, un tercio de esos decesos fue por enfermedades prevenibles, incluidas las infecciones de vías respiratorias. En México las IRA constituyen una importante causa de morbilidad, pues representan el 13% de las consultas médicas, siendo la primera causa de consulta en el grupo etario en niños menores de 5 años de edad, lo que significan 2 a 4 episodios de IRA al año por niño. Esto ha merecido que el Instituto Mexicano del Seguro Social enfoque su mirada en este grupo etario vulnerable de alta morbilidad y mortalidad.

Se ha hecho mucho para lograr la supervivencia de los niños menores de 5 años, sin embargo, falta mucho por hacer. La Atención Integral en Salud es una de las estrategias, empero la creciente demanda de atención médica en las instituciones de salud con un Sistema de Salud Familiar fraccionado, con tiempos de espera prolongados, bajo nivel de desempeño en la promoción, prevención y falta de continuidad en IRA, poca o nula coordinación entre el equipo de salud, aunado a la mala percepción de la calidad que tienen los usuarios y sus familiares de la atención que reciben, que provoca escaso cuidado y responsabilidad sobre su salud; y los complejos problemas que presentan las IRA por ser entidades de diversas etiologías, necesidad de tratamientos variables y causas de complicaciones importantes; son motivos suficientes para determinar la calidad de los Modelos de Atención en Salud, como la implementación del Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar llevándose a cabo en la UMF Número 11 del IMSS en la delegación Aguascalientes.

La perspectiva del paciente y su cuidador es un indicador significativo de la calidad del servicio de salud, es lo que se llama actualmente la atención en salud centrada en el paciente; tiene el potencial para hacer frente a algunas de las cuestiones complejas sobre la calidad de atención, pues se expone a la luz el punto de vista del paciente y su familia. A pesar de ser un punto clave en la evaluación de los resultados de los servicios de salud, la trayectoria del Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en niños menores de 5 años con IRA no ha sido evaluado en forma sistemática ni estandarizada, al existir diversas definiciones y dimensiones de la calidad, la medición de la percepción de la calidad de la atención ni siquiera ha figurado en ningún programa nacional como el sistema INDICAS.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La información que se obtiene al determinar la calidad percibida de los usuarios ha demostrado ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios y utilizado adecuadamente puede ser un buen instrumento para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por la población, así como un buen centinela de los cambios culturales y de preferencias de la población. Beneficia a la comunidad, a los pacientes y sus familias, a los propios trabajadores y en sentido más amplio a la Institución y al Sistema de Salud, pues así se planearan y propondrán estrategias de mejora, frente a la reconversión del modelo de atención primaria en salud de las Unidades de Medicina Familiar.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.A.- CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

México cuenta con 112 336 538 habitantes, la población de niños de 0 a 14 años es de 32 515 796, los niños menores de 5 años constituyen el 39% de esta población infantil.

En Aguascalientes hay 1.18 millones de habitantes, de los cuales 570 mil son hombres y 600 mil son mujeres (INEGI, 2010).

El IMSS tiene el 30.4% de habitantes del país adscritos a una UMF, lo que constituye 42.2 millones de derechohabientes, Aguascalientes cuenta con 530 445 afiliados a Unidades de Medicina Familiar.[119, 159]

De la delegación Aguascalientes, la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar Número 11 hasta Marzo del 2015 eran 47 006 derechohabientes, de los cuales 22 517 son hombres y 24 489 mujeres. El grupo etario enfocado a Programas de salud: Lactantes y Preescolares 5 003, de los que hay 2 584 hombres y 2 419 mujeres. Se distribuye por edades en menores de 1 año: 870, niños de 1 año: 1 025, niños de 2 años: 1 045, niños de 3 años: 1 023 y niños de 4 años: 1 040.

Más de la mitad de la población menor de 15 años (56.3%) se encuentra en una situación de pobreza multidimensional, la mayoría moderada, pero una cuarta parte en pobreza extrema, dicho de otra manera, tres de cada cuatro niños en México tiene alguna carencia social, de los cuales el 83% no tienen acceso a los servicios de salud, 27% tienen carencias en la vivienda y 10% tiene rezago educativo. Más de la mitad de los niños de 3 a 5 años no desarrolla sus habilidades preescolares lo que puede repercutir en su aprendizaje y socialización futura.[163]

De 28.2 millones de hogares en México, el 58% tienen al menos un integrante menor de 15 años, fundamentando en las relaciones de parentesco, la mayoría cohabita en familia biparental y 15% monoparental con la madre. En los hogares compuestos o ampliados (40.6%) existe la convivencia de un niño y un adulto mayor. Datos relevantes pues, son quienes dedican parte de su tiempo al cuidado y procuración de atención médica del menor.[163]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

Con el desarrollo de la humanidad, y en particular con los avances en el terreno de la medicina, es necesario hacer un llamado para humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. La calidad en la atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida.

El identificar la percepción que el paciente y sus familiares tienen de la atención médica que reciben nace de la necesidad de provisión de técnicas y herramientas para mejorar la calidad de todo el sistema de salud en México. Así surgen las bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud en 1987.[164] Está propuesta sustenta varios elementos, entre los que destacan la priorización de la mejora de la percepción de calidad y la satisfacción de las expectativas de los usuarios, mediante el mejoramiento del nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, utilización de los recursos locales, racionalización de los servicios, con mínimo riesgo para los usuarios, impacto final en la salud, máxima accesibilidad y equidad, integración de la población, cooperación intersectorial e interinstitucional. Es decir, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades. Derivado de ello, más tarde emergió la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y en el IMSS se propuso el Plan Integral de Calidad en el año 2000, agregándosele encuestas de satisfacción, estudios de percepción de los derechohabientes y un sistema de percepción y orientación.

Las encuestas de SICALIDAD mediante INDICAS desde el año 2003 y la Encuesta Nacional de Confianza y Satisfacción (ENCONSA) en el 2011, han florecido tras la búsqueda de los Sistemas de Salud en México de mejorar y estandarizar las herramientas destinadas a la medición de la calidad percibida, migrando desde los estudios de satisfacción hasta el análisis de la confianza de los pacientes y sus familias en los servicios de salud. (INDICAS).

La percepción de mala calidad por los pacientes genera costos innecesarios a través del sobreuso, infrauso y mal uso de las intervenciones y del servicio. Los resultados de buena calidad se relacionan cada vez más con el proceso de la atención brindada construida en base a los diseños de los Sistemas de Salud.[77]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.C.- DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD:

Los niveles de atención se definen con una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.[165]

IV.C.1.- NIVEL LEGISLATIVO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el Artículo 4° el derecho a la protección de la salud y el deber de los padres de satisfacer las necesidades de salud de los menores.

La Ley General de Salud en el Título 2º, artículo 6º establece también la protección de la salud y que el Sistema de Salud debe mejorar la calidad de los servicios de salud; el artículo 51 decreta que el usuario tiene derecho a recibir atención oportuna y de calidad, profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno, disponiendo de la capacidad de insumos y medicamentos necesarios (articulo 77BIS). La monitorización de la calidad debe considerar los aspectos de: 1) Prevención y fomento del auto cuidado, 2) Exámenes preventivos, 3) Programación de citas para consulta, 4) Atención personalizada, 5) Contar con expediente clínico integrado, 6) Continuidad de cuidados mediante referencia – contrarreferencia, 7) Prescripción y surtimiento de medicamentos, y 8) Orientación al usuario sobre su diagnóstico, tratamiento y pronostico. El artículo 64 se estipula que las autoridades sanitarias deben establecer acciones para controlar enfermedades prevenibles por vacunación e IRA en los menores de 5 años y su vigilancia epidemiológica (artículo 134).[166]

La Constitución Política del Estado de Aguascalientes (2014) establece que la familia es la base de la sociedad y que los niños deben ser protegidos.

La Ley de Salud del Estado de Aguascalientes se basa en que el Sistema Estatal de Salud tiene como misión mejorar las condiciones de salud de la población del Estado con equidad, calidad y eficiencia.

La Ley para la protección de la niñez y la adolescencia aprobada en el año 2000 y la ley homologa del Estado de Aguascalientes enfatiza el derecho a la salud y a los servicios integrales para la prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades. Que los responsables de los niños tienen la obligación de cumplir con las instrucciones y los controles médicos que se prescriban para velar por su salud, preservar la vida, integridad y dignidad del menor.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La Norma Oficial Mexicana (NOM) 031 referente a la atención de la salud del niño establece los lineamientos para la prevención y control de las IRA en menores de 5 años, la vacunación universal y la capacitación, participación comunitaria e información a la población.

La NOM 024 se refiere a la prevención y control de las IRA en la Atención Primaria a la Salud. Los beneficios principales al aplicar la NOM son la mejoría de la calidad de la atención y la ganancia de los años de vida potencial.

IV.C.2.- NIVEL POLÍTICO

El Plan Nacional de Desarrollo en Salud y el Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018 tienen como estrategias generales el bienestar social, mejorar la calidad de vida y los servicios públicos. Para lograr el objetivo 2.3 de la meta nacional se debe asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, reconociendo que es urgente mejorar la atención primaria homologando la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud y adecuando los modelos de atención. Asegurar el enfoque integral para reducir la morbimortalidad en menores de 5 años, mejorando la calidad de la atención.

Se deriva del Plan Nacional la agenda de la infancia y la adolescencia, con preponderancia para la disminución de un 20% la tasa de mortalidad infantil en especial la de los menores de 5 años, fomentar la nutrición adecuada, estilos de vida saludable y favorecer la lactancia materna.

El Programa Sectorial 2010 – 2016 pretende tener una población participativa, que reconoce la calidad y calidez de los servicios de salud recibidos. Los objetivos sectoriales 2 y 3 pertinentes al presente trabajo son: trabajar con modelos de calidad para lograr la plena satisfacción de los usuarios, a través de procesos de mejora continua; mejorar significativa y continuamente la percepción de la calidad de los servicios y trámites, recibidos por parte de los usuarios. El objetivo estratégico 6 aspira a brindar servicios médicos de calidad disminuyendo la presentación de casos y la muerte por causas prevenibles como las IRA. En la estrategia 4.6 se describe el Sistema de Salud de Calidad en forma oportuna y equitativa, con sus apartados para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud de calidad, y la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles en los niños mediante una atención integrada, reduciendo la mortalidad por IRA en menores de 5 años a través de atención médica oportuna y orientación a los cuidadores para la identificación de signos de alarma.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El programa SICALIDAD creado por el gobierno federal representa un modelo de monitoreo para la gestión de calidad basado en la medición de indicadores (INDICA) y la ENCONSA que explora ocho dominios de la calidad de la atención médica que incluye trato digno, comunicación – información, lista y tiempo de espera, privacidad, surtimiento de medicamentos, confort – seguridad, satisfacción del servicio en general y la confianza a servicios públicos de salud.

La OMS/OPS lanzó la Estrategia de Cooperación con México (2005) en la que se delinean la colaboración para la vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas y enfermedades prevenibles por vacunación. Exponiéndose como prioridad la asistencia en la mejora de la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud.

La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) surgió en 1996, por iniciativa de la OPS / OMS y el UNICEF con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los menores de 5 años de edad y mejorar la calidad de atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar. México adopta una variante de la AIEPI en 1998 como AIMCA (atención integrada en el menor de 5 años) las enfermedades con mayor mortalidad son: IRA, EDA, desnutrición, defectos congénitos y alteraciones del periodo perinatal. Definición: es un enfoque integrado a la salud infantil, que se centra en el bienestar general del niño. Componentes: mejorar el desempeño del personal de salud, fortalecer los servicios de salud y mejorar las prácticas familiares y comunitarias, mediante la estimulación de prácticas saludables para el crecimiento y desarrollo del niño. Metodología en IRA: evaluar al niño e identificar signos de alarma, dificultad para respirar, signos de neumonía, fiebre y su etiología neumónica, enfermedades del oído, signos de maltrato, desnutrición y anemia, evaluar y orientar en lactancia materna y alimentación, estado de inmunización, tratamiento de enfermedades y problemas detectados, estimula prácticas saludables para el crecimiento y desarrollo del niño, educación al responsable del niño en el hogar sobre cuidados y vigilancia de signos de gravedad para volver a consulta.[19, 23, 167] La Atención Integrada en la Infancia consiste en: 1) Identificación de factores de mal pronóstico, 2) Evaluación clínica y Clasificación, 3) Tratamiento adecuado, 4) Capacitación a la madre en el motivo de consulta, 5) Seguimiento de los casos.[168, 169] Resultados de las evaluaciones: si el personal de salud capacitado en la estrategia AIEPI la aplicará correctamente se evitaría 60% de las causas de muerte en los niños menores de 5 años además de que mejora el desempeño y la calidad de atención.[170]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.C.3.- NIVEL INSTITUCIONAL

El Programa Institucional del IMSS 2014 – 2018 busca transformarlo en una institución de vanguardia y excelencia proponiendo estrategias y acciones encaminadas a garantizar el acceso de servicios de salud y seguridad social con calidad y calidez. Impulsar la mejora de los servicios de salud con base a la información que proporcionan los derechohabientes. Mejorar el modelo de atención a la salud. Disminuir la morbimortalidad por IRA en menores de 5 años.

La Guía de Práctica Clínica para el diagnostico y tratamiento de IRA superiores en niños se creó con la intención de estandarizar las acciones del médico para favorecer la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica.

El Instituto Mexicano del Seguro Social creó el programa PREVENIMSS con el objetivo de alcanzar la mayor tasa de vacunación a niños menores de 5 años de edad, previniendo las IRA y comunicar sobre los datos de alarma al cuidador, con el fin de disminuir la mortalidad por IRA sobre todo en niños menores de 1 año.

El IMSS mediante la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente implementó en las Unidades Médicas un módulo atendido por las Técnicas de Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD) quienes atienden las peticiones que el derechohabiente requiera, orienta y gestiona servicios de apoyo y aplica encuestas de satisfacción emitidas por la Secretaría de Salud.

Primer nivel de atención: es el de menor complejidad, aún así atiende más del 85% del total de consultas. Se otorga atención integral de calidad, mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, es decir la prevención primaria, secundaria y terciaria, fomentando la participación comunitaria en la operación de los servicios y el auto-cuidado de la salud.[119] Derivada de la atención primaria a la salud se ha propuesto la renovación de la APS, en donde el Sistema de Salud distingue valores, principios y elementos.[165]

Segundo nivel de atención: brinda atención médica a la población que requiera hospitalización, acciones de consulta externa y atención permanente en urgencias. Es de mediana complejidad y atiende el 12% de los padecimientos.

Tercer nivel de atención: corresponde a los servicios de salud de alta especialidad y atiende solo el 3% de los casos de enfermedad.[119]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.C.4.- NIVEL LOCAL

El Plan General para la difusión e Implementación del Programa de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 11 da a conocer las actividades que se llevan a cabo como unidad piloto en Aguascalientes. En el fortalecimiento de los procesos de atención se integran la prevención y la atención otorgada por el médico familiar y su equipo transdisciplinario, con el propósito de mejorar la promoción de la salud, el diagnóstico oportuno y la limitación de la incapacidad. Con enfoque familiar y comunitario, se garantiza una atención de calidad y calidez a la población.

IV.D.- NATURALEZA DEL PROBLEMA

En la actualidad la calidad de la atención médica se centra en la percepción que tiene el paciente de los servicios de salud que recibe y en la satisfacción de sus expectativas, por lo que al pretender determinar el componente subjetivo de la calidad, se han encontrado múltiples atributos procesales y temporales, la propuesta que ha prevalecido más es la de Donabedian (estructura, proceso y resultado);[65] sin embargo, la diversidad de definiciones que existen y su manera de abordarlas ha originado la heterogeneidad de enfoques, con mediciones fragmentadas, pues no existe unificación de criterios para medir todas las dimensiones de la calidad. Diferentes organizaciones y autores denotan la disgregación de las dimensiones y subdimensiones de la calidad, midiendo solo el proceso,[1,12] el resultado,[5,14] la estructura y el resultado,[9,11,102] la estructura y el proceso,[2,3,6,7,8,10] el proceso y el resultado,[5,13,17,171] o bien, las tres dimensiones pero divididas en diferentes subdimensiones poco uniformes,[4,15,26,32,59,68,72,81,106] y hasta más dimensiones.[16]

En México, el sistema de monitoreo de indicadores de calidad (INDICAS), explora las dimensiones de proceso (desempeño del médico, tiempo de espera, surtimiento de medicamentos) y de resultado (satisfacción en el trato), pero mediante la búsqueda intencionada de los datos en la UMF 11 del IMSS Aguascalientes, no se cuenta con ninguna información que valore las variables propuestas por el programa, constituyendo una falta de conocimiento necesario para la toma de decisiones, por lo tanto, relevante y que requiere ser objeto de estudio para la retroalimentación del sistema de salud, frente a la renovación del primer nivel de atención médica; y siendo la IRA el principal motivo de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

consulta, es importante determinar la percepción de la calidad que tienen los padres o acompañantes de la atención médica para conducir al impacto deseado en la salud.[106]

Las personas tienen diferentes percepciones de lo que quieren y necesitan y por lo tanto diferentes estándares de calidad. En muchos casos la calidad de los servicios prestados por las instituciones de salud no son lo que esperan los usuarios, por lo que no responden a la satisfacción de las necesidades de la población ni a sus expectativas,[5] tal como se refleja en algunos estudios[49] donde la percepción se mantiene entre buena pero en bajo nivel (75 a 85%)[2,4,9,12,13,16,171], regular (50 a 58%)[8,15,68,59] y 2 de cada 10 perciben una mala calidad.[171] En México el nivel de calidad ha ido mejorado, pero la percepción de los usuarios no se ha acrecentado significativamente y se ha mantenido estable en los últimos 15 años, dando lugar a una percepción regular, otorgando preponderante atención al trato recibido por el personal médico.[102] En Aguascalientes se mantiene una percepción social negativa sobre los servicios de salud, en la que perciben que se les dedica poco tiempo por consultas masificadas y las dificultades de la relación médico – paciente que empeoran aún más la percepción de calidad regular que tienen los pacientes y sus acompañantes.[172]

El MFAIMF establece la monitorización y retroalimentación del sistema, mediante medición de indicadores de calidad y el diagnóstico de salud por consultorio. Los estudios realizados con este fin han sido encaminados a otros programas.[173] No está claro si las mejoras en el sistema de Atención Integral con el Fortalecimiento de la Medicina Familiar son acompañadas de las mejoras en la calidad de la atención en salud.

IV.E.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

En el IMSS el 79% percibe como buena y muy buena la percepción de la calidad, 16% la percibe regular y 5% mala y muy mala.

Analizando las dimensiones de la calidad de atención médica se ha encontrado que el IMSS es la que surte el total de los medicamentos recetados en mayor proporción, representando 86.1% del total de medicamentos recetados. El tiempo de espera para recibir servicios médicos aceptable por el programa SICALIDAD es de 30 minutos, sin embargo en el IMSS el promedio es de 75.1 minutos, con un máximo de 120 minutos. (ENSANUT 2012).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El principal motivo de consulta a nivel nacional lo constituyen las IRA (36.5%) y el grupo etario más afectado es el de 0 a 4 años. (ENSANUT 2012). En México, para el 2013, se afectaron más de 8 millones,[174] en Aguascalientes es la principal causa de morbilidad (62.9% del total de casos).

IV.F.- DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La mala calidad en la asistencia en salud implica consecuencias a todos los niveles, pues afecta al usuario/paciente, al proveedor del servicio, a la Unidad de Salud, a la Institución, al Sistema de Salud y al país entero. La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir (Figura 9).

Figura 9. Circulo vicioso de la ausencia de calidad

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejora continua de calidad en la institución.[45]

Cuando un paciente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes, lo juzga como un todo, lo que prevalece es la impresión del conjunto, cuando existe un defecto de un elemento del servicio, el paciente tiende a generalizar los defectos a todo el servicio, por eso es esencial en la calidad alcanzar la mayor homogeneidad entre sus elementos, por lo tanto se dice “en materia de servicios, la calidad, o es total o no existe”. Para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

evitarlo es importante implantar procedimientos para detectar lo que resulta importante a los ojos del paciente y no solo desde el punto de vista de la institución; entender las necesidades del paciente, conocer su funcionamiento interno, detectar su punto de referencia, expectativas y traducir las necesidades en especificaciones de productos, servicios y procesos. A partir de ahí, a través de indicadores, se debe estandarizar el proceso para cumplirlas y así mantener el nivel de calidad.[42]

Según cifras oficiales el 19% de los derechohabientes no regresarían al IMSS para su atención médica, lo que resulta perturbador, pues siendo la Institución de Salud que atiende a la mayoría de la población en México, se debería mejorar la percepción de calidad que se tiene por parte de los usuarios. (ENSANUT 2012). La Guía de implementación del Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar se creó por la deficiente calidad percibida por los usuarios respecto a los tiempos de espera prolongados, uso inadecuado de recursos e insatisfacción de los DH.

La medición de la calidad se ha hecho de manera superficial, parcial, poco integral y más que nada centrada en el desempeño de los prestadores de servicios, es decir en la dimensión técnica de la calidad. Siendo mayor el reto para medir los elementos intangibles de la calidad como es la percepción de los usuarios.[175]

A nivel mundial 6.6 millones de niños menores de 5 años murieron en el 2012, siendo la segunda causa de muerte la Neumonía (17%). En México la mortalidad infantil es de 17 por cada 1 000 nacidos vivos. La mortalidad por IRA por cada 100 000 menores de cinco años en Aguascalientes es de 8.9, siendo la nacional de 25.8 por la misma causa.[176]

Tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud en México son para atender enfermedades infecciosas, correspondientes a IRA.[107] En el contexto internacional, nacional, regional y local, las IRA constituyen la primera causa de consulta médica en el Primer Nivel de Atención, con predominio en el grupo etario de 0 a 4 años.

La calidad de la atención brindada en las unidades médicas de primer nivel de atención es crítica y fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad por IRA en niños.[114]

IV.G.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

La calidad de atención en los servicios de salud es el resultado de la comparación de las expectativas y sus percepciones del servicio recibido,[61] emitiendo una opinión sobre la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

operación total del servicio, la apariencia del proveedor, o aspectos diversos relacionados con este (Sirohi, McLaughlin y Wittink, 1998).[60] Las expectativas de los usuarios pueden rebasar las percepciones por múltiples causas, como su cultura, su estado de ánimo, su nivel socioeconómico, su nivel de educación, la edad, etc. Por lo que es importante concientizar a los usuarios acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones a las que es acreedor como el cuidado de su salud, cumplimiento de horarios, uso de la cita previa, seguimiento de recomendaciones y prescripciones, etc.

Los pacientes que acuden a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles, atención con cortesía y en forma oportuna, ambiente agradable, contar con información suficiente, recursos necesarios para la atención, suficiente personal y capacidad profesional y técnica para el tipo y nivel de atención que se otorga, realización óptima del proceso de la atención (valoración integral) con diagnóstico oportuno, tratamiento congruente ó paliación, pronostico probable y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.[3, 13]

Del obtener la opinión que los usuarios tienen de la estructura, proceso y resultado de la atención médica; se derivan los factores que pueden influir en la percepción de calidad de los servicios de salud que reciben.

Los usuarios prestan mayor atención a las características del proceso como los procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en especial a la dimensión interpersonal, debido a que el conocimiento especializado que se requiere para emitir un juicio técnico no está al alcance de la mayoría de la población que acude a recibir atención. Los usuarios le dan más valor a la empatía, el respeto y el cuidado.[177] El estado de ánimo con que los usuarios acuden, hace que éstos sean más sensibles al trato que reciben por parte del personal de las unidades médicas durante la atención.

En este mismo sentido, los factores del proceso que influyen en la mala percepción de calidad de los usuarios, incluyen la competencia profesional, que el paciente puede percibir como deficiente las capacidades, habilidades y conocimientos que tiene el médico para prestar la atención, ya sea porque no es capaz de explicar al paciente con lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento su padecimiento o el tratamiento y medidas que debe seguir para una atención continua, es decir sin repeticiones, ininterrumpida y coordinada con otras áreas o servicios que requiera para la atención médica de calidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Además el profesional de la salud debería actuar con honestidad profesional, de lo contrario, el usuario tiene poca credibilidad en él.

Otros factores de las instituciones públicas de salud en México que pueden modificar la percepción de calidad del usuario están relacionadas con aspectos de accesibilidad, en Aguascalientes no se basa en la dificultad geográfica de las unidades médicas, más bien en la facilidad o no, con el que el paciente puede utilizar el servicio de salud en el momento que lo desee, por el tiempo de espera prolongado para recibir la atención, la sobresaturación de los servicios, con agendas llenas, desorganización, poca capacidad de respuesta que se refleja en la disponibilidad y servicios de salud fragmentados con poca integralidad.

Los factores estructurales dependen de elementos de comodidad como presentación, aseo y funcionalidad de instalaciones, equipos en mal estado, personal con mal aspecto, en general infraestructura deficiente.

Finalmente, los resultados en salud, son factores que influyen decisivamente en la percepción que tienen los usuarios, pues miden la mejora de los resultados en su salud, los servicios ineficaces sin apego a las normas y técnicas administrativas generan peores resultados en la salud de los pacientes, sistemas inseguros que aumentan los riesgos de daño a la salud y la atención médica poco eficiente que decrece los beneficios con los recursos que se cuenta.

IV.H.- ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO

Los datos disponibles demuestran que a pesar de guías y algoritmos que se tienen sobre las IRA, el diagnostico, la terapéutica y la identificación de signos de alarma y complicaciones sigue siendo un problema reconocido en nuestros días, con efecto negativo resultante en la percepción de la atención médica por parte de los padres o responsables de los niños.

No existe suficiente información sobre la medición de la calidad de atención médica a niños con IRA, a pesar de ser un problema importante de salud pública en todo el mundo, por su alta demanda de servicios y sus posibles complicaciones como la neumonía grave, que pueden llevar a la muerte del niño. Determinar la calidad de la atención médica

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

brindada a niños con IRA, debería de ser una actividad periódica, ya que se dirige a identificar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, debiera ser monitorizada y los resultados estudiados, de manera que sus diferencias con lo esperado puedan ser corregidas. En este proceso el conocimiento disponible es insuficiente, pues no podemos comparar la realidad con lo que debería de ser, es decir no se conoce la percepción buena, regular o mala de los servicios que se otorgan en el primer nivel de atención y menos aún, ante un modelo nuevo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar. Al definir las causas que motivan la percepción de la calidad de los servicios, se podrán tomar medidas, puesta en marcha de acciones, encaminadas a corregir está percepción de calidad del usuario. La calidad se fundamenta en la retroalimentación al usuario sobre la satisfacción o frustración de los momentos propios del ciclo del servicio.[42]

Los sistemas de salud ha intentado resolver el problema de la percepción que tienen los usuarios, sin embargo, en diversos estudios se ha demostrado que no han sido suficientes para mejorarlos, aumentando los costos de atención, abarrotando los sistemas, propiciando que el usuario no acuda a las instituciones de salud públicas y por lo tanto, disminuyendo la satisfacción del usuario, formando un circulo vicioso de mala calidad en los servicios de salud con bajo impacto en el nivel de salud de la población.

IV.I.- BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA

Gutiérrez y cols (2001) realizaron un estudio descriptivo sobre la evaluación de la calidad de atención integrada que se otorgaba en los centros de capacitación de la AIMCA (atención integral al niño menor de cinco años) como parte del Programa de atención a la salud del niño en México; con objetivo de evaluar la atención proporcionada a todos los menores de 5 años mediante 3 cédulas validadas por los autores: 1 para atención integrada, 1 para EDA y otra para IRA, revisión de documentos clínicos, receta médica, cartilla nacional de vacunación y de salud de la mujer. Los resultados obtenidos fueron que el 80% de las madres estuvieron satisfechas con la atención y el 20% no satisfechas se debió a clasificación (registro incorrecto de estado de hidratación e insuficiencia respiratoria) y diagnostico erróneo y deficiencia en la capacitación de las madres, lactancia materna y nutrición. Este trabajo evaluó exclusivamente el “proceso” de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

calidad de atención médica. Se concluyó que la capacitación deficiente de las madres y la observación y seguimiento del niño son factores de mal pronóstico en nuestro medio, además que la capacitación continua del equipo de salud es esencial para mejorar la calidad de la atención.(171)

Marinja y cols. (2011) realizaron un estudio para caracterizar los cuidados y servicios en salud que se ofrecen a niños menores de 5 años con IRA, enfermedad diarreica aguda y/o desnutrición; fue concebido como un estudio observacional, descriptivo y transversal, auspiciado por la UNICEF, a 227 madres, padres y cuidadores de los niños/as de 9 comunidades en la República Dominicana. Los factores asociados a la calidad de atención percibida por padres/tutores explorados fueron la distancia, costo, tiempo de espera, conocimientos del personal, trato del personal e instalaciones. Se encontró una visión negativa de la calidad, entre las debilidades se encontraron el largo tiempo de espera para recibir estos servicios (44.9%), seguido por la distancia de su zona de residencia (11.7%) y el mal trato del personal (10.6%), 66.8% afirmó haber recibido alguna información vinculada a la salud y bienestar familiar en el último año, con mayor frecuencia los temas vinculados a la prevención de enfermedades (40.4%), pero poca mención de aspectos vinculados a cuidados infantiles (19.7%). Se concluye que se requiere fortalecer las acciones de promoción de salud y la relevancia del funcionamiento oportuno de los establecimientos de atención primaria para los grupos de población más vulnerables.(8)

Bazán (2012) en su estudio sobre la satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con IRA en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Perú, de tipo descriptivo, cuantitativo, mediante muestreo probabilístico se aplicaron encuestas a 110 padres, con un instrumento validado por el autor explorando solo la satisfacción según percepción como elemento de calidad de la atención basándose en Donabedian en tres dimensiones: técnica, interpersonal y entorno. Los resultados mostraron que el 58% de los padres tienen un nivel de satisfacción medio, 26% bajo y 15% alto, lo cual se mantuvo la mayoría con nivel de satisfacción medio en los aspectos técnico – científicos, interpersonal y el entorno; según las dimensiones de cuidado enfermero en lo humano se observa un cuidado regular, en lo oportuno malo y en la continuidad y seguridad bueno. Se concluyó que el nivel de satisfacción según percepción de los padres es mayoritariamente de nivel medio a bajo y el cuidado del enfermero es regular en mayor proporción.(68)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Alarcón (2014) realizó un estudio sobre la "Calidad de la atención en salud a pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios que acuden a un Centro de Salud de Ecuador según el Modelo de Atención Integral en Salud". El estudio descriptivo, que empleo una metodología combinada (cuantitativa y cualitativa), mediante un cuestionario aplicado a familiares y acompañantes de 138 niños/as con IRA, obtenidos por muestreo no probabilístico intencional. En el cuestionario aplicado se exploraron la calidad de atención en salud: el médico revisó al niño, indicación de signos de alarma, explicación del tratamiento, da seguimiento al niño; trato y comunicación interpersonal, organización y gestión del establecimiento de salud. La satisfacción se exploró en cuanto a tiempo de espera, trato, comodidades, limpieza, surtimiento de medicamentos y respeto. Las características mejor evaluadas fueron la calidez que brinda el personal médico y de enfermería, la entrega de medicamentos y la señalización del centro de salud; la percepción de mala calidad se ubicó en la estructura física, el aseo, la calidez del personal no médico, el tiempo de espera, el seguimiento de la enfermedad y la comunicación de signos y síntomas de alarma. La satisfacción en general: 14% Muy satisfecho, 61% Satisfecho, 25% Insatisfecho; Calidad de atención en Salud: Buena 11%, Regular 50%, Mala 37%. Se concluye que existe relación entre la calidad de atención en salud y la satisfacción de los padres o acompañantes de los niños con IRA. Se comprobó que existe relación entre la calidad de atención en salud y la satisfacción de los padres y acompañantes de los niños de 2 meses a 5 años con IRA (p 0.001).[59]

IV.J.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

En este proyecto, esperamos identificar el nivel de percepción de la calidad que tienen los padres o responsables de los niños menores de 5 años con IRA que acude a recibir atención médica en la Unidad de Medicina Familiar Número 11 del IMSS en la delegación Aguascalientes, única unidad de la Entidad en la que se lleva a cabo la implementación de un nuevo Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar; esta información es trascendental ya que forma parte de la retroalimentación que requieren los sistemas de salud integral frente a su modernización.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es preponderante la generación de nueva información, ya que al determinar la percepción de la calidad que tienen los cuidadores de los niños se genera un efecto positivo en el cuidado y responsabilidad sobre la salud, además se optimiza el uso de los recursos disponibles de la institución y se mejora la coordinación entre los integrantes del equipo de salud sobre la promoción de la salud, prevención de IRA y complicaciones, atención médica de calidad y calidez, con impacto en la salud de los niños disminuyendo la mortalidad y la demanda de atención por IRA. Además de ser un elemento importante para la implementación de este Modelo en otras unidades médicas del Estado.

IV.K.- LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Atención Integrada: conjunto de acciones que se proporciona al menor de 5 años en la unidad de salud que incluye vigilancia de la vacunación, de la nutrición, atención del motivo de consulta IRA, capacitación del cuidador y atención a la salud de la madre.[108]

Calidad: el conjunto de actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos, con alto grado de excelencia profesional, teniendo en cuenta los recursos disponibles a menor costo, con el mínimo riesgo, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida que genera un impacto favorable en su salud.

Infecciones Respiratorias Agudas: enfermedades infecciosas causadas por microorganismos, que afectan al aparato respiratorio, durante un periodo menor de 15 días.[107]

Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar: es el restablecimiento organizacional de los procesos de atención primaria a la salud, para integrar la prevención y la asistencia médica familiar, con equipos de salud transdisciplinarios, coordinados y liderados por el médico familiar.

Percepción: creencias o ideas con respecto al servicio recibido o experimentado (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985; Swartz y Brown, 1989). Es el primer proceso cognoscitivo, mediante el cual se recibe, se selecciona, se evalúa, se integra y se interpreta la información proveniente del medio externo e interno comparándola con información previamente almacenada en la memoria, que finalmente posibilita la formación de un esquema mental anticipatorio y por lo tanto, el conocimiento intelectual.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

V.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la calidad de la atención médica que tienen los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 IMSS Aguascalientes?

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VI.- OBJETIVOS

VI.A.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la calidad de la atención médica de padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VI.B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la percepción de la calidad de la atención médica de padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.
- Determinar la percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas sobre la estructura de UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.
- Determinar la percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas sobre el proceso de la atención médica que reciben en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.
- Determinar la percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas sobre el resultado de la atención médica que se brinda en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.
- Identificar las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años de la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.
- Identificar el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.
- Describir las características sociodemográficas de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VII.- HIPÓTESIS

VII.A.- HIPÓTESIS ALTERNA (H_1)

VII.A.1 La percepción de la calidad de la atención médica de padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas es adecuada en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VII.A.2 La percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en la estructura es adecuada en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VII.A.3 La percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el proceso de la atención médica que reciben es adecuada en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VII.A.4 La percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el resultado de la atención médica que se brinda es adecuada en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VII.B.- HIPOÉTSIS NULA (H_0)

VII.B.1 La percepción de la calidad de la atención médica de padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas no es adecuada en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VII.B.2 La percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en la estructura no es adecuada en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VII.B.3 La percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el proceso de la atención médica que reciben no es adecuada en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

VII.B.4 La percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el resultado de la atención médica que se brinda no es adecuada en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS.

VIII.A.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal, Descriptivo, Observacional.

VIII.B.-POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Todos los padres de niños menores de 5 años con IRA en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar de la UMF 11 IMSS Aguascalientes.

VIII.B.1.- Universo de Trabajo.

Padres de niños menores de 5 años con IRA derechohabientes de la UMF 11, IMSS delegación Aguascalientes.

VIII.B.2.- Unidad de Análisis.

Padres de niños menores de 5 años de edad con IRA en la UMF 11, IMSS del municipio de Aguascalientes.

VIII.B.3.- Criterios de inclusión.

- Padres (mamá, papá) o responsables de manera directa (tutores, abuelos, tíos, etc.) mayores de 18 años de edad; de niños menores de 5 años con IRA adscritos a la UMF 11 IMSS, delegación Aguascalientes.
- Padres o responsables de niños menores de 5 años con IRA que acude a recibir atención médica en consultorio de medicina familiar, en el turno matutino o vespertino, en la UMF 11 IMSS Aguascalientes.
- Padres o responsables de niños menores de 5 años con IRA que acepten participar en la entrevista, bajo la aprobación del consentimiento informado.

VIII.B.4.- Criterios de no inclusión.

- Padres o responsables de niños menores de 5 años con IRA que tenga alguna discapacidad o dificultad que les impida contestar.
- Padres o responsables de niños menores de 5 años con IRA que no acepten participar en la encuesta o que no acepten firmar el consentimiento informado.

VIII.B.5.- Criterios de eliminación.

- Quienes no contesten un 80% del total de la encuesta aplicada.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII.C.-TIPO DE MUESTA

El tipo de muestreo que se realizó es muestreo intencional o de conveniencia ya que se tomó la base del muestreo a todo a aquel padre o responsable del niño menor de 5 años con IRA que acudió a la consulta externa, de los diferentes turnos dentro de la UMF 11.

VIII.C.1.- UNIVERSO Y MUESTRA

Para calcular el tamaño de muestra se utilizó el paquete estadístico Epi Info v.6.04 con el programa Stat Calc con el comando de tamaño de muestra y poder, para estudios transversales simples aplicando la fórmula propuesta por Fleiss. Se calculó en base a los siguientes parámetros:

1.- Total de IRA en menores de 5 años en los meses de mayo - junio (1 468)

2.-Nivel de confianza deseado ($\alpha = 95\%$).

3.- Poder deseado del estudio ($1 - \beta = 80\%$).

Obteniéndose un total de 211.

VIII.D.- LOGÍSTICA.

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud e informando a las autoridades de la UMF 11, los encuestadores y la residente de tercer año de medicina familiar, aplicaron las entrevistas a los padres de niños menores de 5 años con IRA, que acudían a la consulta externa de los diferentes turnos (matutino y vespertino) dentro de la UMF 11 IMSS Delegación Aguascalientes, posteriormente de entrar a su cita con el médico familiar, a los que acepten que se les apliquen las encuestas, se les dará a leer y firmar la carta de consentimiento informado. Una vez firmada la carta, se aplicaron los cuestionarios de la percepción de la calidad de la atención medica de niños menores de 5 años asegurándose que el entrevistado entendiera las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez aplicados todos los cuestionarios se procedió a capturarlas en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21 para su análisis e interpretación de resultados.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII. E.- RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó una entrevista cara a cara en base a el instrumento adaptado y validado de la percepción de la calidad de atención médica de padres de niños menores de 5 años con IRA**,** el tiempo para realizar la entrevista es de aproximadamente 35 minutos. Se trata de una cedula de entrevista construida por la autora que consiste en 50 preguntas de respuesta ágil en las que se identificaron las áreas propuestas por Donabedian en 1984 (teoría de sistemas); que evalúa estructura, proceso y resultado de la atención medica recibida para poder conocer la percepción de la calidad de la atención. Consta de una sección de información general en donde se anotan la fecha de realización, el tipo de consulta (primera vez o subsecuente; con cita previa o espontáneo), nombre del responsable del levantamiento de los datos así como el diagnostico. Está dividido en grupos de preguntas que exploran las diversas variables y dimensiones; primero se encuentran los datos socio demográficos de la pregunta numero 1 a la 10, posteriormente los ítems del 11 al 18, miden la dimensiones de estructura, del 19 al 33 corresponden a las dimensiones del proceso y los ítems del 34 al 50 miden el resultado de la atención. Basándose también en los hallazgos de la literatura [4, 11, 12, 17, 52, 71, 74, 75, 76, 77, 79] que ponen de manifiesto la multidimensionalidad de la calidad de los servicios de salud.

VIII.F.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se llevó a cabo una entrevista cara a cara, que consistió en una entrevista directa o personal con cada encuestado, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios.

Al abordar al usuario, se le explicó que fue seleccionado para que se le realizara la encuesta de la percepción de la calidad de atención médica de padres de niños menores de 5 años con IRA**,** en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar la UMF 11 Delegación Aguascalientes, se le expuso en qué consiste la encuesta, se le dio a conocer la carta de consentimiento informado y se le pidió que lo firmara si estaba de acuerdo en contestar la encuesta.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Posterior a ello, se procedió a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entendiera la pregunta, así como las posibles respuestas.

Para mejorar la recolección de datos se realizó un manual operacional donde se describió cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, en el cual se dan ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con este manual se capacitó a los encuestadores para estandarizar los procedimientos de recolección de datos.

Una vez que se recolecto la información en forma electrónica, se procedió a la tabulación de la misma por medio de la utilización de una hoja electrónica en el programa Excel, realizando tablas de los indicadores correspondientes a cada objetivo específico y posteriormente se ordeno para su análisis e interpretación mediante la utilización de este programa.

Posteriormente se procedió al análisis estadístico con el programa SPSS versión 21 para la captura, procesamiento y análisis de los datos.

VIII.G.- VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Se realizó la adaptación del instrumento en base al tema estudiado, a partir de un instrumento creado por Abadís Donabedian (1984) donde se anexaron varias sub dimensiones basadas en la literatura de la calidad de los servicios de salud, una vez obtenido el cuestionario de 50 ítems se llevó a las unidades de medicina familiar donde se tomó una muestra de los usuarios para que respondan, si las preguntas son entendibles, esto se repitió hasta saturar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad de las preguntas. Posteriormente se validó el instrumento.

VIII.G.1.- Validez aparente: se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje en la Unidad de Medicina Familiar No.11, en donde se formó un grupo focal donde se observó la relación entre lo que se explique y lo que se quiera medir. Sobre la base de sus opiniones, algunas preguntas fueron precisadas para eliminar frases ambiguas.

VIII.G.2.- Validez de contenido: se realizó mediante un grupo de expertos, incluyendo a un medico otorrinolaringólogo y cuatro médicos familiares certificados, con el fin de que analizaran las dimensiones para que existiera congruencia con la teoría, verificando la similitud entre el cuestionario original y el adaptado.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La operacionalización de las variables se encuentra en el apartado de anexo B.

VIII.G.3.-Validez del constructo: se realizó mediante un análisis factorial, sacando la varianza del instrumento analizando la confiabilidad con un Alfa de Cronbach, con el fin de demostrar que el instrumento puede ser reproducible.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach
.85

VIII.H.- PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

VIII.H.1.- Procesamiento y análisis de datos.

Se realizó una base de datos en el programa SPSS Versión 21, se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables continuas y categóricas de las cuales se obtuvieron frecuencias y tablas de contingencia. Se describieron frecuencias absolutas, porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables independientes así como para las variables dependientes, para las variables de tipo cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media aritmética) según la distribución de las variables y de dispersión (desviación estándar), para las variables de tipo cualitativo se utilizaron frecuencias y porcentajes posteriormente se utilizó la base de datos de Excel para la elaboración de dichas gráficas de frecuencias.

VIII.H.2.- Transformación de datos.

Para poder transformar los datos se recodificaron primero en las mismas variables con el fin de obtener valores concretos, sencillos y factibles. Se calcularon las variables agrupándolas por categorías: estructura, proceso y resultados, después se recodificó en distintas variables para crear una nueva variable por cada una de las categorías agrupadas de la encuesta, posteriormente se dio valores de acuerdo a la percepción de la calidad, siendo estas de 188 a 152 puntos buena percepción, de 151 – 116 puntos regular percepción y de 115 – 80 puntos mala percepción.

VIII.H.3.- Descripción de variables y operacionalización de las variables.

La operacionalización de las variables se encuentra en el apartado de anexo B.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII.H.3.a.- Variables Dependientes:

Calidad: el conjunto de actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos, con alto grado de excelencia profesional, teniendo en cuenta los recursos disponibles a menor costo, con el mínimo riesgo, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida que genera un impacto favorable en su salud.

Atención Integrada: conjunto de acciones que se proporciona al menor de 5 años en la unidad de salud que incluye vigilancia de la vacunación, de la nutrición, atención del motivo de consulta IRA, capacitación del cuidador y atención a la salud de la madre.(108)

Percepción: creencias o ideas con respecto al servicio recibido o experimentado (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985; Swartz y Brown, 1989). Es el primer proceso cognoscitivo, mediante el cual se recibe, se selecciona, se evalúa, se integra y se interpreta la información proveniente del medio externo e interno comparándola con información previamente almacenada en la memoria, que finalmente posibilita la formación de un esquema mental anticipatorio y por lo tanto, el conocimiento intelectual.

VIII.H.3.b.- Variables Independientes:

Infecciones Respiratorias Agudas: enfermedades infecciosas causadas por microorganismos, que afectan al aparato respiratorio, durante un periodo menor de 15 días.(107)

Padres de niños menores de 5 años.

VIII.H.3.c.- Variables Confusoras.

Factores Sociodemográficos. Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece cada individuo.

Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar: es el restablecimiento organizacional de los procesos de atención primaria a la salud, para integrar la prevención y la asistencia médica familiar, con equipos de salud transdisciplinarios, coordinados y liderados por el médico familiar.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IX.- ASPECTOS ÉTICOS.

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalece es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitó hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no hubo procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexa carta de consentimiento informado. (Anexo D).

X.- RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.

Para la elaboración de este estudio, fue necesario contar con el apoyo de 1 encuestador, el cual recibió capacitación para la estandarización de la aplicación de las encuestas, con lo cual se necesitó del siguiente recurso material, tanto para la capacitación, la reproducción de las encuestas y análisis de datos.

X.A.- HOJA DE GASTOS

Cuadro 2. Hoja de gastos

CATEGORÍA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Lapiceros	$ 40 pesos	7	$ 280.00 pesos
Gomas	$ 20 pesos	7	$210.00 pesos
Hojas tamaño carta	$ 55 pesos (paquete)	3	$165.00 pesos
Cartucho de tinta	$ 380 pesos	3	$ 1140 pesos
Memoria USB 8 GB	$ 280 pesos	1	$ 280.00 pesos
Engrapadoras	$ 100 pesos	1	$ 100.00 pesos
Grapas	$ 40 peso (caja)	1	$ 40.00 pesos
Fotocopias	$ 0.50 centavos	1750	$ 875.00 pesos
Tablas recolectoras	$ 70 pesos	5	$ 350.00 pesos
Lap HP Pavillion	$ 7,000,00 pesos	1	$7,000.00 pesos
Alimentos y bebidas	$ 70 pesos	30	$ 210.00 pesos
		TOTAL	$ 10,650 pesos

XI.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.

No aplica.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XII. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 211 responsables de niños (as) menores de 5 años con IRA. Las características sociodemográficas más sobresalientes fueron que el 77% eran madres, 84% eran mujeres. La edad mínima observada fue de 18 años y la máxima de 60 años, con una media de 28.82 años +/- 8.64 años, una mediana de 26 años y moda de 23 años. De acuerdo al estado civil 61% estaban casados, 46% cursaron hasta la secundaria, 52% se dedicaban al hogar y el ingreso mensual familiar del 52% fue de entre $2 000 y $5 000 pesos. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Características sociodemográficas de los padres o responsables directos de niños menores de 5 años con IRA participantes.

Características		FA	FR (%)
Parentesco	Madre	163	77.3
	Padre	32	15.2
	Abuela	11	5.2
	Tía	3	1.4
	Abuelo	2	0.9
Edad			
	De 18 a 23 años	68	32.2
	De 24 a 34 años	103	48.8
	De 35 a 45 años	26	12.3
	De 46 a más años	14	6.7
Género			
	Femenino	177	83.9
	Masculino	34	16.1
Escolaridad			
	Ninguna	1	0.5
	Sabe leer y escribir	2	0.9
	Primaria	12	5.7
	Secundaria	98	46.4
	Preparatoria	56	26.5
	Profesional Técnica	19	9
	Licenciatura	20	9.5
	Posgrado	3	1.4
Estado Civil			
	Casado (a)	128	60.7
	Unión libre	55	26.1
	Solero (a)	23	10.9
	Divorciado (a)	5	2.4
Ocupación			
	Hogar	110	52.1
	Empleado (a)	60	28.4
	Obrero (a)	20	9.5
	Profesionista	11	5.2
	Comerciante	4	1.9
	Desempleado (a)	4	1.9
	Estudiante	1	0.5
	Otros	1	0.5
Ingreso Mensual Familiar			
	Menos de $ 2 000 pesos	47	22.3
	Entre $ 2 000 y $ 5 000 pesos	111	52.6
	Entre $ 5 000 y $ 10 000 pesos	37	17.5
	Entre $ 10 000 y $ 15 000 pesos	14	6.6
	Más de $ 15 000 pesos	2	0.9

FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Según el tipo y motivo de consulta se encontró que 52% de los entrevistados pertenecían al turno vespertino, 66% eran de primera vez y 50% acudieron como espontáneos. Según el diagnóstico 26% fue por resfriado común. (Cuadro 4).

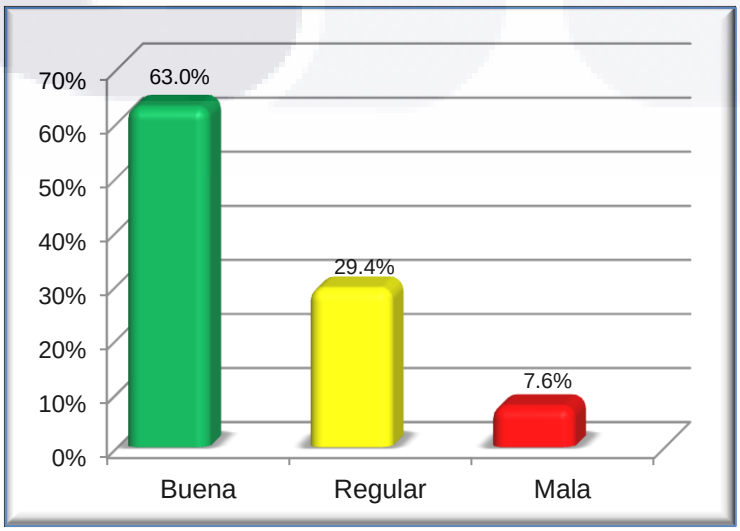
Cuadro 4. Tipo y motivo de consulta.

Turno		FA	FR (%)
	Matutino	101	47.9
	Vespertino	110	52.1
Tipo de Consulta			
	Primera vez	139	65.9
	Subsecuente	72	34.1
	Cita Previa	105	49.8
	Espontáneo	106	50.2
Diagnóstico ó síntoma principal			
	Bronquiolitis	4	1.9
	Bronquitis aguda	7	3.3
	Congestión nasal	4	1.9
	Dificultad respiratoria	2	0.9
	Faringitis aguda	48	22.7
	Fiebre	19	9
	Laringitis aguda	6	2.8
	Moco	23	10.9
	Neumonía	1	0.5
	Otitis Media Aguda	6	2.8
	Resfriado común	55	26.1
	Rinosinusitis aguda	2	0.9
	Sinusitis aguda	1	0.5
	Tos	33	15.6

FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa

El análisis estadístico descriptivo de la percepción de la calidad de atención de los padres de forma global mostró que 133 la considera buena, 62 regular y 16 mala. (Gráfico 1).

Gráfico 1 Percepción global de la calidad de la atención médica de los padres de niños menores de 5 años con IRA.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

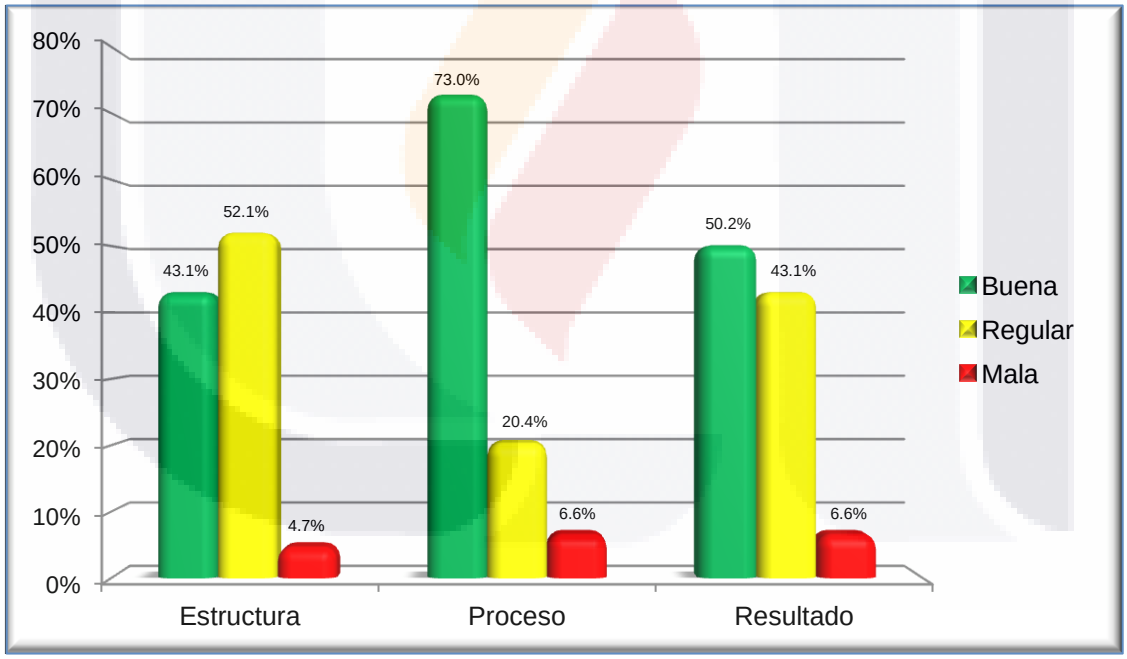
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Al realizar un análisis por dimensiones se encontró que 73% de los encuestados tienen buena percepción de la calidad en el proceso de la atención médica. En cuanto al resultado de la atención 50% lo estimo bueno y con respecto a la estructura, 52% la considera regular. (Cuadro 5, Gráfico 2).

Cuadro 5 . Percepción de la calidad de atención médica según dimensión evaluada por los padres de niños menores de 5 años con IRA de la UMF 11.

Dimensión	Buena		Regular		Mala	
	FA	%	FA	%	FA	%
Estructura	91	43.1	110	52.1	10	4.7
Proceso	154	73	43	20.4	14	6.6
Resultado	106	50.2	91	43.1	14	6.6

Gráfico 2. Percepción de la calidad de atención médica según dimensión.



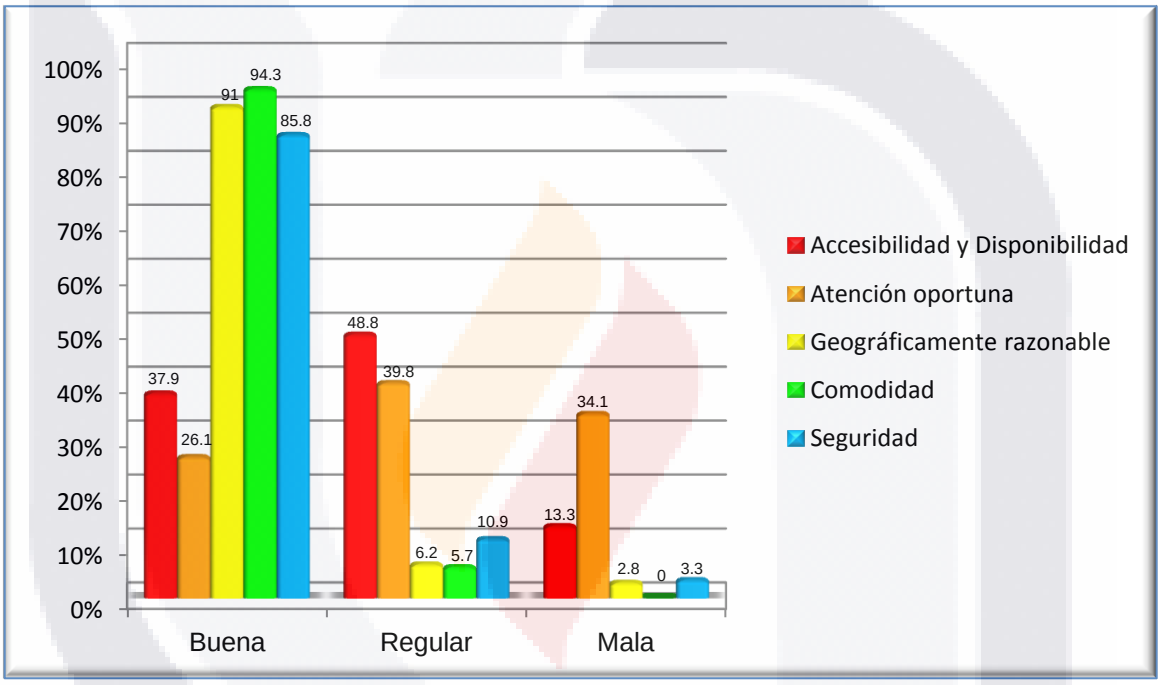
Al analizar los resultados obtenidos en cuanto a la percepción de la calidad por subdimensiones e indicadores, se encontró que la frecuencia más alta de buena percepción en la dimensión **estructura** fue la de comodidad (buena 199, regular 12 y 0 mala), luego el indicador geográficamente razonable (buena 192, regular 13 y mala 6), en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tercer lugar la seguridad (buena 181, regular 23 y mala 7) y por último la accesibilidad y disponibilidad (buena 80, regular 103 y mala 28), siendo la atención oportuna la de menor nivel (buena 55, regular 84 y mala 72), el factor que más influyó fue el tiempo de espera para ser atendido en consulta (153, 75.5% la percibe como regular y mala) y para marcar una consulta (126, 59.7% la percibe como regular y mala). (Gráfico 3).

Gráfico 3. Percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas sobre la estructura de UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.

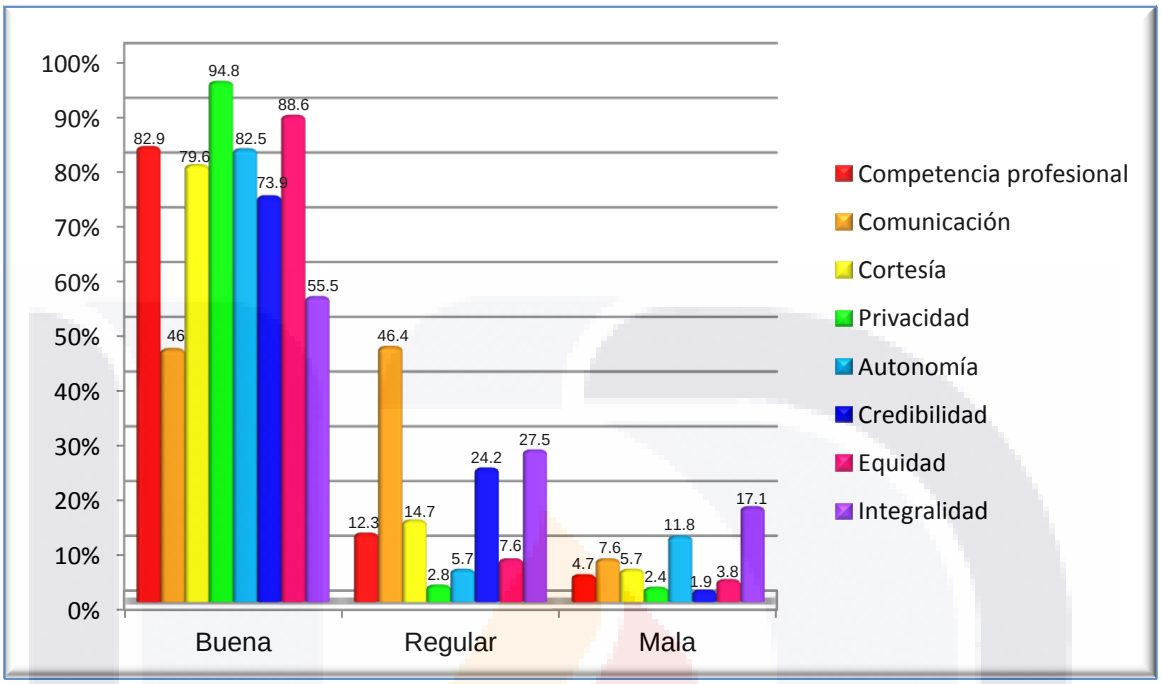


En la valoración del **proceso** de la atención médica en sus diferentes subdimensiones, se observó que los encuestados tienen mejor percepción en la privacidad (buena 200, regular 6 y mala 5), equidad (buena 187, regular 16 y mala 8), competencia profesional (buena 175, regular 26 y mala 10), autonomía (buena 174, regular 12 y mala 25), cortesía (buena 168, regular 31 y mala 12), credibilidad (buena 156, regular 51 y mala 4), integralidad (buena 117, regular 58 y mala 36) y la peor evaluada fue la comunicación (buena 97, regular 98 y mala 16). (Gráfico 4).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Gráfico 4. Percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas sobre el proceso de la atención médica.

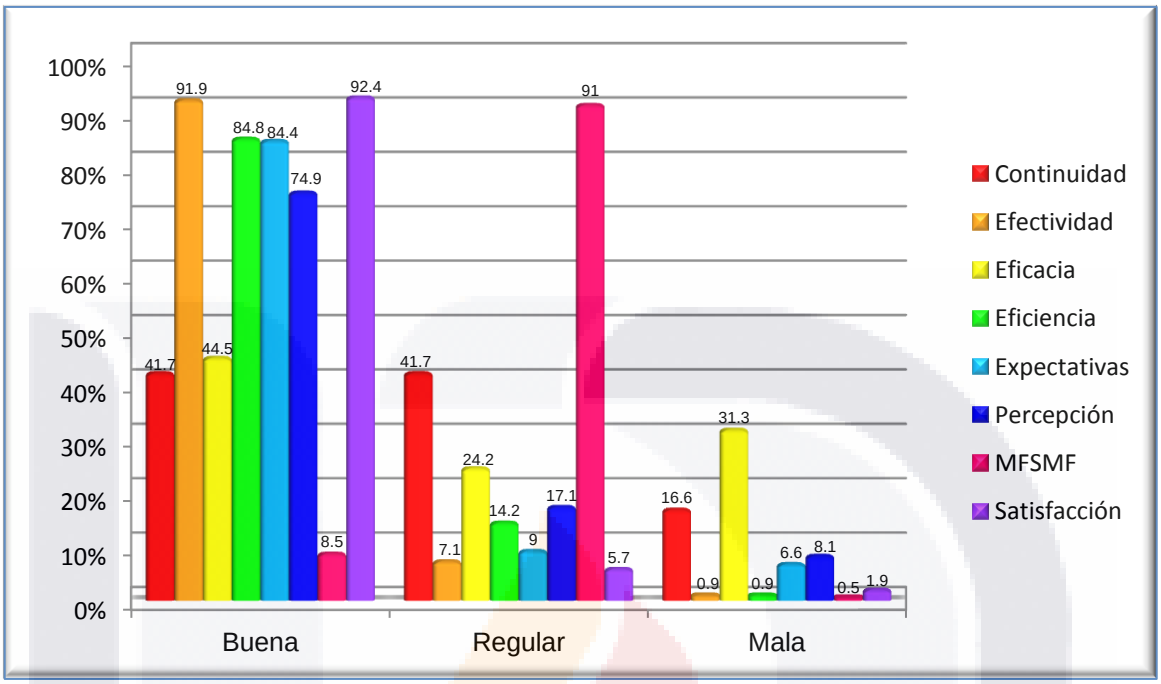


En cuanto a la evaluación del **resultado** de la atención médica en sus diferentes subdimensiones, se descubrió que los usuarios se sienten satisfechos (percepción buena 195, regular 12 y mala 4), la percepción de la efectividad es buena (194, regular 15 y mala 2), también la eficiencia (179, regular 30 y mala 2), a la mayoría se le cumplieron sus expectativas (buena 178, regular 19 y mala 14), la mayoría tiene buena percepción general de la atención (158, regular 36 y mala 17), decreciendo al percibir la eficacia (buena 94, regular 51 y mala 66), la continuidad fue percibida como buena y regular en igual medida (buena 88, regular 88 y mala 35) y finalmente el desconocimiento del Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar influyó en la regular percepción de la calidad (buena 18, regular 192 y mala 1). (Gráfico 5).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Gráfico 5. Percepción de los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas sobre los resultados de la atención médica.



Al analizar los resultados de la evaluación de la dimensión **estructura,** y las características sociodemográficas de los padres de niños menores de 5 años con IRA, se mostró que hay asociación estadísticamente significativa entre la buena percepción de los padres que acuden a consulta con cita previa (p=0.031) a diferencia de los que acuden de manera espontánea. Sin embargo, en todas las demás variables sociodemográficas, los padres y/o responsables percibieron regular la calidad de la atención médica: los del turno vespertino (27%), los que acudieron por primera vez (33%), con el diagnóstico de resfriado común (p=0.8), en el parentesco las madres (40%), género femenino (43%), el grupo de edad de 24 a 34 años (25%), los casados (36%), en escolaridad los de secundaria (23%), la ocupación hogar (27%) y los que reciben un ingreso mensual de $2 000 a $5 000 pesos (28%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Cuadro 6).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuadro 6. Distribución de la percepción de la calidad en la dimensión estructura.

VARIABLES		BUENA		REGULAR		MALA		X^2	P
		FA	%	FA	%	FA	%		
Turno	Matutino	41	19.43	53	25.12	7	3.32	2.256	0.324
	Vespertino	50	23.70	57	27.01	3	1.42		
Ocasión del servicio	Primera Vez	62	29.38	70	33.18	7	3.32	0.527	0.768
	Subsecuente	29	13.71	40	18.96	3	1.42		
Tipo de consulta	Cita previa	53	25.12	50	23.70	2	0.95	6.977	0.031
	Espontáneo	38	18.01	60	28.44	8	3.79		
Parentesco	Madre	71	33.65	84	39.81	8	3.79		
	Padre	13	6.16	18	8.53	1	0.47		
	Abuelo	0	0	2	0.95	0	0	3.818	0.873
	Abuela	6	2.84	4	1.9	1	0.47		
	Tía	1	0.47	2	0.95	0	0		
Género	Femenino	78	36.97	90	42.65	9	4.27	0.850	0.654
	Masculino	13	6.16	20	9.48	1	0.47		
Edad	De 18 a 23 años	27	12.80	40	18.96	1	0.47		
	De 24 a 34 años	43	20.38	52	24.64	8	3.79		
	De 35 a 45 años	14	6.64	12	5.69	0	0	83.61	0.165
	De 46 a más años	7	3.32	6	2.84	1	0.47		
Estado civil	Casado (a)	47	22.27	75	35.55	6	2.84		
	Unión libre	31	14.69	21	9.95	3	1.42		
	Solero (a)	11	5.21	12	5.69	0	0	10.40	0.108
	Divorciado (a)	2	0.95	2	0.95	1	0.47		
Escolaridad	Ninguna	1	0.47	0	0	0	0		
	Sabe leer y escribir	2	0.95	0	0	0	0		
	Primaria	5	2.37	7	3.32	0	0		
	Secundaria	45	21.33	49	23.22	4	1.90		
	Preparatoria	21	9.95	31	14.69	4	1.90	11.33	0.659
	Profesional Técnica	8	3.79	11	5.21	0	0		
	Licenciatura	9	4.27	9	4.27	2	0.95		
	Posgrado	0	0	3	1.42	0	0		
Ocupación	Hogar	48	22.75	58	27.49	4	1.90		
	Empleado (a)	28	13.27	29	13.74	3	1.42		
	Obrero (a)	9	4.27	10	4.74	1	0.47		
	Profesionista	2	0.95	7	3.32	2	0.95		
	Comerciante	3	1.42	1	0.47	0	0		
	Desempleado (a)	0	0	4	1.90	0	0	14.39	0.424
	Estudiante	1	0.47	0	0	0	0		
	Otros	0	0	1	0.47	0	0		
Ingreso mensual familiar	Menos de $ 2 000 pesos	24	11.37	22	10.43	1	0.47		
	Entre $ 2 000 y $ 5 000 pesos	45	21.33	60	28.44	6	2.84	5.632	0.688
	Entre $ 5 000 y $ 10 000 pesos	18	8.53	17	8.06	2	0.95		
	Entre $ 10 000 y $ 15 000 pesos	4	1.90	9	4.27	1	0.47		
	Más de $ 15 000 pesos	0	0	2	0.95	0	0		

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Al analizar los datos con el fin de indagar si existían diferencias estadísticas significativas entre las características sociodemográficas de los padres de niños menores de 5 años con IRA y los resultados obtenidos de la evaluación de la percepción del **proceso** de la atención médica, se mostró que la proporción de casos de buena percepción se incremento significativamente (p=0.020) en los pacientes que tienen escolaridad de secundaria, que los demás grados de escolaridad, así como existe una relación con la buena percepción y la ocupación hogar (p=0.035). Empero, en las demás características no se encontró significancia estadística, los encuestados del turno vespertino tuvieron mejor percepción que los del matutino; los que acudieron por primera vez tuvieron el nivel más elevado de buena percepción, que los subsecuentes; el diagnóstico de mejor percepción fue el resfriado común (p=0.805); las madres tienen mejor percepción que los demás cuidadores; el género femenino percibió mejor la calidad de atención que el masculino; el grupo de edad de 24 a 34 años es el que percibe mejor calidad, así como los casados y los que reciben un ingreso mensual familiar de $2 000 a $5 000 pesos la perciben mejor que los demás. (Cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución de la percepción de la calidad en la dimensión proceso en relación a las características sociodemográficas de los padres de niños < de 5 años con IRA.

VARIABLES		BUENA		REGULAR		MALA		X^2	P
		FA	%	FA	%	FA	%		
Turno	Matutino	73	34.60	19	9	9	4.27	1.759	0.415
	Vespertino	81	38.39	24	11.37	5	22.37		
Ocasión del servicio	Primera Vez	97	45.97	32	15.17	10	4.47	2.160	0.340
	Subsecuente	57	27.01	11	5.21	4	1.90		
Tipo de consulta	Cita previa	82	38.86	16	7.58	7	3.32	3.459	0.177
	Espontáneo	72	34.12	27	12.8	7	3.32		
Parentesco	Madre	121	57.35	32	15.17	10	4.74	2.405	0.966
	Padre	21	9.95	8	3.79	3	1.42		
	Abuelo	2	0.95	0	0	0	0		
	Abuela	8	3.79	2	0.95	1	0.47		
	Tía	2	0.95	1	0.47	0	0		
Género	Femenino	131	62.09	35	16.59	11	5.21	0.648	0.723
	Masculino	23	10.90	8	3.79	3	1.42		
Edad	De 18 a 23 años	53	25.12	12	5.69	3	1.42	74.99	0.382
	De 24 a 34 años	73	34.60	20	9.48	10	4.74		
	De 35 a 45 años	16	7.58	9	4.27	1	0.47		
	De 46 a más años	12	5.69	2	0.95	0	0		
Estado civil	Casado (a)	94	44.55	23	10.9	11	5.21		
	Unión libre	41	19.43	12	5.69	2	0.95		

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	Solero (a)	17	8.06	5	2.37	1	0.47	7.062	0.315
	Divorciado (a)	2	0.95	3	1.42	0	0		
Escolaridad	Ninguna	1	0.47	0	0	0	0	26.91	0.020
	Sabe leer y escribir	2	0.95	0	0	0	0		
	Primaria	7	3.32	4	1.90	1	0.47		
	Secundaria	78	36.97	17	8.06	3	1.42		
	Preparatoria	41	19.43	10	4.47	5	2.37		
	Profesional Técnica	13	6.16	5	2.37	1	0.47		
	Licenciatura	12	5.69	6	2.84	2	0.95		
	Posgrado	0	0	1	0.47	2	0.95		
Ocupación	Hogar	85	40.28	20	9.48	5	2.37	29.97	0.035
	Empleado (a)	46	21.8	12	5.69	2	0.95		
	Obrero (a)	11	5.21	5	2.37	4	1.9		
	Profesionista	3	1.42	5	2.37	3	1.42		
	Comerciante	3	1.42	1	0.47	0	0		
	Desempleado (a)	4	1.90	0	0	0	0		
	Estudiante	1	0.47	0	0	0	0		
	Otros	1	0.47	0	0	0	0		
Ingreso mensual familiar	Menos de $ 2 000 pesos	34	16.11	9	4.27	4	1.9	11.13	0.194
	Entre $ 2 000 y $ 5 000 pesos	81	38.39	24	11.37	6	2.84		
	Entre $ 5 000 y $ 10 000 pesos	29	13.74	5	2.37	3	1.42		
	Entre $ 10 000 y $ 15 000 pesos	10	4.47	4	1.90	0	0		
	Más de $ 15 000 pesos	0	0	1	0.47	1	0.47		

Indagando sobre las diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación de la dimensión **resultados** y las características sociodemográficas de los padres de niños menores de 5 años con IRA, se mostró que la buena percepción se asocia a los usuarios que se dedican al hogar (p=0.026) y están casados (p=0.021). Los usuarios del turno matutino valoraron como buena la calidad, en igual proporción que los del vespertino regular (23%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a la ocasión del servicio, los padres que acudieron por primera vez tuvieron regular percepción. Los que tenían cita previa percibieron mejor la calidad que los espontáneos. El diagnóstico de mejor percepción fue el resfriado común (p=0.985). En las variables de parentesco, las madres tienen mejor percepción que los demás cuidadores, el género femenino percibió mejor la calidad de atención que el masculino, el grupo de edad de 24 a 34 años es el que percibe mejor calidad en esta dimensión, en escolaridad los de secundaria y los que reciben un ingreso mensual de $2 000 a $5 000 pesos la perciben mejor que los demás; sin embargo para ninguna de estas se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 8).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuadro 8. Distribución de la percepción de la calidad en la dimensión resultado.

VARIABLES		BUENA		REGULAR		MALA		X^2	P
		FA	%	FA	%	FA	%		
Turno	Matutino	49	23.22	42	19.91	10	4.74	3.336	0.189
	Vespertino	57	27.01	49	23.22	4	1.9		
Ocasión del servicio	Primera Vez	62	29.38	66	31.28	11	5.21	5.367	0.068
	Subsecuente	44	20.85	25	11.85	3	1.42		
Tipo de consulta	Cita previa	61	28.91	38	18.01	6	2.84	5.169	0.075
	Espontáneo	45	21.33	53	25.12	8	3.79		
Parentesco	Madre	85	40.28	68	32.23	10	4.74	9.328	0.315
	Padre	13	6.16	15	7.11	4	1.90		
	Abuelo	2	0.95	0	0	0	0		
	Abuela	6	2.84	5	2.37	0	0		
	Tía	0	0	3	1.42	0	0		
Género	Femenino	91	43.13	76	36.02	10	4.74	1.919	0.383
	Masculino	15	7.11	15	7.11	4	1.90		
Edad	De 18 a 23 años	34	16.11	32	15.17	2	0.95	57.96	0.885
	De 24 a 34 años	47	22.27	45	21.33	11	5.21		
	De 35 a 45 años	15	7.11	10	4.74	1	0.47		
	De 46 a más años	10	4.74	4	1.9	0	0		
Estado civil	Casado (a)	72	34.12	45	21.33	11	5.21	14.85	0.021
	Unión libre	18	8.53	35	16.59	2	0.95		
	Solero (a)	14	6.64	8	3.79	1	0.47		
	Divorciado (a)	2	0.95	3	1.42	0	0		
Escolaridad	Ninguna	1	0.47	0	0	0	0	8.189	0.879
	Sabe leer y escribir	1	0.47	1	0.47	0	0		
	Primaria	7	3.32	4	1.9	1	0.47		
	Secundaria	55	26.07	38	18.01	5	2.37		
	Preparatoria	23	10.9	29	13.74	4	1.9		
	Profesional Técnica	9	4.27	9	4.27	1	0.47		
	Licenciatura	9	4.27	8	3.79	3	1.42		
	Posgrado	1	0.47	2	0.95	0	0		
Ocupación	Hogar	55	26.07	51	24.17	4	1.9	25.92	0.026
	Empleado (a)	36	17.06	20	9.48	4	1.9		
	Obrero (a)	6	2.84	11	5.21	3	1.42		
	Profesionista	2	0.95	6	2.84	3	1.42		
	Comerciante	1	0.47	3	1.42	0	0		
	Desempleado (a)	4	1.9	0	0	0	0		
	Estudiante	1	0.47	0	0	0	0		
	Otros	1	0.47	0	0	0	0		
Ingreso mensual familiar	Menos de $ 2 000 pesos	21	9.95	23	10.9	3	1.42	11.63	0.168
	Entre $ 2 000 y $ 5 000 pesos	63	28.86	42	19.91	6	2.84		
	Entre $ 5 000 y $ 10 000 pesos	19	9	14	6.64	4	1.9		
	Entre $ 10 000 y $ 15 000 pesos	2	0.95	11	5.21	1	0.47		
	Más de $ 15 000 pesos	1	0.47	1	0.47	0	0		

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XIII.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se presenta la información obtenida sobre la percepción de la calidad de la atención médica que tienen los padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas frente al Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en la delegación Aguascalientes. Los hallazgos encontrados en el presente estudio siguieren que la percepción de la calidad es buena para el 63%, regular para el 29% y mala para el 8%, lo que contrasta con los estudios previos en donde el nivel de percepción bueno oscila entre el 75 al 85%,[2,4,9,12,13,16,171] regular entre el 50 a 58%[8,15,68,59] y en México 2 de cada 10 perciben una mala calidad, lo que denota que aunque la mayoría de los usuarios mantienen una percepción de buena calidad del servicio la tendencia es a la baja, es decir que sus percepciones son levemente rebasadas por sus expectativas (paradigma de la desconfirmación)[61], lo que insta a las instituciones de salud para mejorar el servicio ofrecido, recuperar la confianza y resarcir los perjuicios ocasionados por los fallos.

Avedis Donabedian postuló que la calidad de la atención en salud se estudia considerando tres dimensiones, en la estructura, los resultados de este estudio orientan a la regular percepción de los padres (52%), en donde la comodidad es el mejor valorado (94%) mostrando que los usuarios aprecian el ambiente físico de las instalaciones y equipo como adecuado,[2,7,13,22,26] sin embargo, 74% percibe regular y malo el tiempo de espera para marcar y ser atendido en consulta, que constituye la subdimensión de atención oportuna, siendo de esta manera el principal indicador de mala percepción, también se demostró que el usuario que tiene cita previa tiene mejor percepción del servicio médico (p=0.031) que los que acuden de manera espontánea, confirmándose en estudios previos que existe un problema de organización y de gestión del servicio que no asegura una adecuada percepción de la calidad de atención por tiempo de espera prolongado.[3,5,9,11,14,15,22,26]

En la dimensión de proceso, se encontró que la mayoría de los usuarios mantienen una buena percepción (73%), similar a los resultados de Gutiérrez y cols. en el que se evaluó exclusivamente el proceso de la calidad de atención médica donde se confirmó el 80% de buena percepción en madres mexicanas en el programa AIMCA. La subdimensión de privacidad fue la mejor evaluada (94.8%) similar a lo observado por Sinclair (97%) y aunque manteniendo una buena percepción (96%) los padres consideran que la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

comunicación es el rubro más deficiente dentro del proceso de atención médica, pues la capacitación del cuidador que lleva a cabo el médico, es poco eficaz porque no le destina el tiempo necesario, ni la ejecuta con el lenguaje y la técnica adecuados, sobre todo en los niños con factores de mal pronóstico.[171] Como era de esperar, resulto significativa la buena percepción de los cuidadores que se dedican al hogar (p=0.035), influido principalmente en que la madre del niño es la que solicita la atención.[19,25] La relación entre el médico y el cuidador principal también puede verse influida por el grado de escolaridad, pues se encontró una relación significativa entre los usuarios con escolaridad secundaria y la buena percepción (p=0.020), tal como Narro discute que si el paciente tiene un bajo nivel de escolaridad tendera a acatar de manera pasiva las indicaciones del médico sin intentar ser partícipe de la solución a su problema de salud.[178]

Finalmente en la dimensión de resultado los datos muestran que la mitad de los usuarios mantienen una buena percepción, muy levemente por encima de los que la perciben regular (43%), acorde a Bazán donde los resultados mostraron que el 58% de los padres tienen un nivel de percepción de la calidad medio; y a diferencia de Contreras y cols. donde la buena percepción en los resultados fue del 80%. A través de este estudio también se encontró la relación entre la buena percepción y el estado civil casados (p=0.021) y se reafirmó la buena percepción con la ocupación hogar (p=0.026), importancia por el impacto en la salud de los niños con IRA, siendo el principal motivo de consulta en el primer nivel de atención médica. La subdimensión mejor calificada fue la de satisfacción (92%) congruente con Sinclair (96%), el encuentro con el médico es el punto culminante de la atención médica y la sensación de logro después de la consulta, pudo haberse traducido en una expresión de mayor satisfacción momentánea; y la peor percepción fue debida al desconocimiento del MFAIMF (8.5%); Barrera describió que 69% de los usuarios manifestó no haber percibido ningún tipo de cambio en la atención médica en comparación con los años anteriores sin la implementación del SILAIS y concluyó que el nuevo modelo de atención no fue percibido en su totalidad, al igual que Ruíz y cols. y Andersen que destacan las limitantes para la implementación del MAPIS de tipo estructural y determinadas por un sistema de salud segmentado y fragmentado operativamente.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XIV.- CONCLUSIÓN

Del análisis de los resultados obtenidos sobre la percepción de los padres de niños menores de 5 años con IRA en el MFAIMF, se llegó a las siguientes conclusiones:

El instrumento de medición que se elaboró tiene validez y confiabilidad aceptable. La percepción de la calidad es buena para la mayoría de los padres de niños con IRA, pero peor de lo encontrado en otros estudios, principalmente en la dimensión de estructura y resultado, en cuanto al proceso de la atención médica continúo con un nivel alto, congruente a lo encontrado en otros estudios sobre percepción de la calidad de atención médica.

La mayoría de los padres tienen una regular percepción en la dimensión de estructura. En la dimensión de proceso la mayoría expresaron buena percepción, así como en la dimensión de resultado. En la cultura mexicana hay una tendencia a calificar alto, como se ve en este y otros estudios similares, en castigar poco, sobre todo cuando se pregunta por la satisfacción global, que al preguntar la percepción de cuestiones concretas en las que la calificación tiende a ser menor.

El mayor problema percibido es el tiempo de espera largo para marcar y ser atendido en consulta, sobre todo en los usuarios que acuden espontáneos (50%), ya que se encontró que los que acuden con cita previa tienen mejor percepción, en lo que se evidencian barreras de accesibilidad y disponibilidad.

El cuidador principal de los niños son las madres que se dedican al hogar, en las que se encontró una relación positiva entre la percepción y su ocupación en las dimensiones de proceso y resultado.

En cuanto a las demás características sociodemográficas de los padres de niños que acuden a la UMF 11 se demostró que los usuarios con escolaridad básica hasta secundaria presentan mejor percepción, que los de escolaridad mayor y menor en la dimensión de proceso, que explora principalmente las habilidades de trato y comunicación del médico, así como la integralidad del servicio, afirmado por otros estudios donde los peor preparados académicamente tienden a tener opiniones más benevolentes que los más estudiados, lo que constituye, en palabras de Lora una “paradoja de las aspiraciones”, en América Latina, los más iletrados tienen más confianza en el sistema médico.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El principal motivo de consulta fue el resfriado común o rinofaringitis aguda, congruente con lo encontrado en la bibliografía, siendo las IRA altas el 99% de las causas de atención médica.

Cabe resaltar que otro de los objetivos del presente estudio era medir el nivel de posicionamiento público del nuevo modelo de atención de medicina familiar observando que hasta ahora no ha habido la suficiente difusión e información, pues se demostró que solo el 9% conoce en qué consiste, por lo que se insta a desarrollar estrategias para trabajar con la comunidad y lograr compromisos establecidos por dicho programa.

En el futuro proponemos que se incorporen al diseño de las evaluaciones de la percepción y satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios la implementación de métodos cualitativos que permitan considerar dimensiones de la interacción social, difícilmente abordables por otros métodos y que facilitarían la identificación de los elementos que influyen en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planificación, otorgamiento y recepción de los servicios médicos. Pues en la medida que entendamos al usuario en su contexto y en el marco de los significados propios de su vida y de sus preocupaciones físicas, económicas, sociales y emocionales, podremos coadyuvar en ofrecerle una atención que responda a sus expectativas y percepciones, otorgando una atención integral, que fomente la promoción, prevención y se incide en cambiar los estilos de vida del paciente y su familia, así como incidir positivamente en la salud de la población, frente a una enfermedad tan prevalente como las IRA en menores de 5 años, disminuyendo la morbi - mortalidad y abarrotamiento de los servicios de salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras JAH, Hernández, M.D.E. and Ponce, A.M.G. Quality Assessment in the Service Area of Expertise in an Institution of Public Health Sector. Open Journal of Social Sciences. 2015;3:50 - 3. Ingles.

2. Sinclair Inglish YE. Percepción de la calidad de atención recibida por los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud Mildred Gómez Salazar de la comunidad de Karawala, municipio de la Desembocadura de Rio Grande, RAAS del 1 febrero al 31 de marzo del 2013. Nicaragua: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua; 2013.

3. Benjamín-Suarez B. Percepción de la Calidad en la Atención de los Usuarios Externos del Hospital Central Managua, Dr. César Amador Kuhl, del 15 de Enero al 15 de Febrero del 2013. Nicaragua: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua; 2013.

4. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Sauceda-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JdJ, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. salud pública de méxico. 2013;55:S100-S5.

5. Hamui L, Fuentes R, Aguirre R, Ramírez O. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Un estudio de satisfacción con la atención médica México DF Facultad de Medicina, UNAM. 2013.

6. INP. Resultados de la "Encuesta de satisfacción del usuario" 2011 en el Instituto Nacional de Pediatría. México: Instito Nacional de Pediatría, Dirección de Planeación DdDyC; 2012.

7. Estrada Menjívar MI. Satisfacción de la Población ante los Servicios de Salud brindados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar del Municipio de Jocoaitique, Departamento de Morazán, Septiempre 2012. El Salvador: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2012.

8. Marinja Miric EP-T. Caracterización de la Primera Infancia: cuidados infantiles y servicios que se le ofrecen en comunidades seleccionadas de la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana: Centro Nacional de Investigaciones de Salud Materno Infantil, CENISMI, CENISMI CNdIdSMI; 2011 Diciembre 2011. Report No.: 1.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

9. Ríos Huerta CV. Percepción de la Calidad de la Atención Médica por los adultos mayores de las Unidades de Medicina Familiar de Aguascalientes. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2011.

10. Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana F. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. ISBN. 2010:1 - 173. Español.

11. Sauceda-Valenzuela AL, Wirtz VJ, Santa-Ana-Téllez Y, de la Luz Kageyama-Escobar M. Ambulatory health service users' experience of waiting time and expenditure and factors associated with the perception of low quality of care in Mexico. BMC health services research. 2010;10(1):178.

12. Calzada Lemus F, Montiel Espinosa R, Porcayo Liborio S, Cruz Maldonado N. Percepción de la calidad del servicio en la unidad de terapia intensiva. Revista de Enfermería Neurológica. 2010:7.

13. P. CL. Evaluación de la Calidad de la Atención en Consulta Externa en el Subcentro de Salud San Lorenzo de Manta. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2010.

14. Barrera Echegoyen MR. Calidad de Atención en las Unidades de Salud del SILAIS Masaya, según la percepción de los usuarios, Primer Semestre del 2008. Masaya: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2008.

15. Leyton PGP. Percepciones y expectativas del usuario externo del Centro de Salud Familiar, Niebla, año 2003. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile; 2004.

16. Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Torres Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Revista Española de Salud Pública. 2004;78(4):527-37.

17. Kerssens JJ, Groenewegen, Peter P. , Sixma, Herman J, Boerma, Wienke G.W. , & Eijk, Ingrid van der. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. Bulletin of the World Health Organization. 2004;82(2):106 - 14. Ingles.

18. Cruz Jirón MA. Aplicación Adecuada de las Normas AIEPI en el Manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, Manchón Nandaime, Primer Semestre 2012. Managua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2013.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

19. Naranjo Geovana TM, Yumbay Deisy. Evaluación de la aplicación de la estrategia AIEPI en relación al tratamiento enel hogar de las infecciones respiratorias agudas (neumonías leves) niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Gonzalo Cordero Crespo en el periodo de Noviembre del 2010 a Marzo del 2011. Guaranda, Ecuador: Universidad Estatal de Bolivar; 2011.

20. Alvarez Vidal M. Modelo de Atención Intergal de Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en el Centro de Salud No. 1 de Azogues 2009 - 2011. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2011.

21. Ruiz-Rodriguez Myriam A-RN, Rodríguez Villamizar Laura A. , Uribe Luz M. , León-Franco Martha Experiencia de Implementación de un Modelo de Atención Primaria. Revista de Salud Pública. 2011;13(6):885-96. Español.

22. Andersen Lykke E. AJC, Pando Eduardo Evaluación Cuanti - Cualitativa del Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de Seis Años (PAN) en Bolivia. División de Protección Social y Salud. 2010;137:1-79. Español.

23. Romero C. Mejora en la aplicación correcta de la Estrategia AIEPI del personal médico en el niño de dos meses a cinco años en los consultorios externos del Hospital "Víctor Ramos Guardia"- Huaraz, Noviembre- Diciembre 2002. Revista Peruana de Epidemiología. 2008;12(2):1-5. Español.

24. Quan González GY. Estudio Comparativo en el Tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 5 años y las Normas Establecidas en el Programa de Extensión de Cobertura del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en el Municipio de Joyabaj, Quiche. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2001.

25. Otazú Escobar FR. Percepción sobre las Infecciones Respiratorias Agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan el Hospital Distrital de Horqueta, año 2012. Horqueta, Paraguay: Universidad Tecnológica Intercontinental; 2013.

26. Ontiveros Ceron D. Evaluación del Programa de Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas en la Jurisdicción Sanitaria Núm. I de Morelos del 2005 y 2006. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.

27. Diccionario de la Real Academia Española. 22 ed. España2012.

28. Nuñez O. Consejeria con Calidad. USAID, editor2006.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

29. Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 1994;4(8):47 - 53. Español.

30. Oviedo GL. La definición del concepto de Percepción en Psicología con base en la Teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales. 2004;18(1):89 - 96. Español.

31. Quintanar Stephano JL. Percepción Sensorial. In: Universitarios T, editor. Fisiología del Sistema Nervioso. 1. 1a. ed. Aguascalientes, México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2000. p. 47.

32. Lachman P, Linkson, Lynette., Evans, Trish., Clausen, Henning. Hothi, Daljit. Developing person-centred analysis of harm in a paediatric hospital: a quality improvement report. BMJ Qual Saf. 2015 2015;24:337 - 44. Ingles.

33. Silva Y. Calidad de los servicios privados de salud. Revista de Ciencias Sociales (RCS). 2005 Abril, 2005;XI(1):167 - 77. Español.

34. Del Valle Guzmán de Rodriguez N. Validación de los cuestionarios de Calidad de vida KIDSCREEN y DISABKIDS en niños y adolescentes venezolanos. España: Universidad de Alicante; 2012.

35. Arellano R. Comportamiento del consumidor y Marketing. Aplicaciones prácticas para América Latina. 1a. ed. México: Harla; 1993.

36. Sánchez Rodríguez M. Leyes de la sensibilidad y formación del conocimiento sensible. In: Comares, editor. Sentimiento y reflexión de la filosofías de Kant Estudio histórico sobre el problema estético. España2009. p. 26 - 54.

37. Gilmore C, Novaes, H. Gerencia de calidad. Washington, D.C.: OPS; 1996.

38. Chukmaitov A, Harless, David W., Bazzoli, Gloria J., Carretta, Henry J., Siangphoe, Umaporn. Delivery system characteristics and their association with quality and costs of care: Implications for accountable care organizations. Health Care Manage Rev. 2015 April - June 2015;40(2):92 - 103. Ingles.

39. Hoyle D. Quality management; Standardization. ISO 9000 : quality systems handbook. Victoria, USA2001.

40. Deming W.E. M, J.N. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Santos. Dd, editor. London, England.1989.

41. Juran JM. On Quality by Design. Santos Dd, editor. Madrid, España1992.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

42. Ramos M, Pratts MF, González M, Bernal L, Jiménez EV, Flores GL, et al. Calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2004.

43. Academia ER, de Academias A. Diccionario de la lengua española. 23 ed: Planeta Publishing; 2014.

44. Joby John MAR, editor Health Care Service Quality: The Importance of Consumer Perceptions. Developments in Marketing Science Proceedings of the Academy of Marketing Science; 2015.

45. Aguilar Rivera LP. Percepción de los usuarios sobre la calidad de atención que reciben el el Centro Médico Comayagua Colonial. Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua: Universidad Nacional Auotonoma de Nicaragua; 2011.

46. WHO. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. World Health Organization. 2009;1.1:1 - 160.

47. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2010 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), (2010).

48. Donobedian A. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana. 1984:95 - 151.

49. Ramos Domínguez B. Control de Calidad de la Atención de Salud. 2ª ed. La Habana, Cuba.2011.

50. Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud: Organización Mundial de la Salud; 1988.

51. McLoughlin V. LS. Quality or financing: what drives design of the health care system? BMJ. 2003;1(2):136 - 42. Ingles.

52. Medicine. Io. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. America CoQoHCi, editor: National Academy Press; 2001.

53. Urroz Torres O, Allen Flores P. Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud en el nivel local. Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). 2004;9:1 - 77.

54. Cabrera-Arana GA, Bello-Parías LD, Londoño-Pimienta JL. Calidad Percibida por usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. Rev salud pública. 2008;10(4):593-604.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

55. Aguirre GH. Administración de la Calidad de la Atención Médica. Rev Med IMSS (Méx). 1997;35(4):257 - 64.

56. Lee D, Begley, Charles. Physician report of industry gifts and quality of care. Health Care Manage Rev. 2015;0(00):1 - 9. Inglés.

57. Pollack CE, Lemke KW, Roberts E, Weiner JP. Patient Sharing and Quality of Care: Measuring Outcomes of Care Coordination Using Claims Data. Medical care. 2015;53(4):317-23.

58. Menachemi N, Yeager VA, Welty E, Manzella B. Are Physician Productivity and Quality of Care Related? Journal for Healthcare Quality. 2013.

59. Alarcón Segovia IA. Calidad de atención en salud a pacientes de 2 meses a 5 años con signos y síntomas respiratorios que acuden al centro de salud No. 1 de Latacunga en el período septiembre 2013 - abril 2014. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2014.

60. Losada Otálora M, Rodríguez Orejuela, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad Adm. 2007;20(34):1 - 15.

61. Grönroos C. A Service Quality Model and itx Marketing Implications. Europan Journal of Marketing. 1984;18(4):36 - 44.

62. La gerencia de calidad total en salud, (1994).

63. Zeitham V, Berry, Leonard. L. , & Parasuraman A. The Behavioral Consequences of Service Quality. Journal of Marketing. 1996;60:31 - 46.

64. Diez M. Calidad asistencial y satisfacción del usuario: la observación sistemática en atención primaria. Medifam. 1993;3(2):320-30.

65. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. Quality in Health Care. 1992;1:247 - 51. Ingles.

66. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, (2005).

67. Plan Nacional de Desarrollo / Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018, (2013).

68. Marky Bazán GA. Satisfaccion según percepcion de los padres y cuidado enfermero al niño con infeccion respiratoria aguda en el hospital nacional dos de Mayo - Diciembre 2012. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2013.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

69. Navarro Collado DM. Calidad de los Servicios de Atención de Parto y Puerperio. Hospital César Amador Molina. SILAIS Matagalpa, durante el periodo de Abril a Junio del año 2011. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2011.

70. Shortel SMB, Gloria J.; Dubbs, Nicole L.; Kralovec, Pete. Classifying Health Networks and Systems: Managerial and Policy Implications. Health Care Management Review. 2000;25(4):9 - 27.

71. Donabedian A. Una Aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Control de Calidad Asistencial. 1991;6(1):1 - 6.

72. Klazienga N. Improving Value in Health Care: Measuring Quality. OECD Health Policy Studies. 2010.

73. Nieva V. F. SJ. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. BMJ. 2003;12(Suppl II):ii17 - ii23.

74. Commission TJ. Hospital National Patient Safety Goals. The Joint Commission. 2015.

75. Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna Proyecto Colaborativo Interpaíses, (2004).

76. Venkatesh AK, Schuur, Jeremiah D. A “Top Five” list for emergency medicine: a policy and research agenda for stewardship to improve the value of emergency care. American Journal of Emergency Medicine. 2013;31:1520 - 4. Inglés.

77. Kirk S. A. CSM, Kennell-Webb S. , Reeves D., Roland M. O., Marshall M. N. Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems. BMJ. 2003;12:421 - 7.

78. Pabón LH. Evaluación de los servicios de salud; Modelo Prides. 1a. ed. Valle Ud, editor. Calí, Colombia1985.

79. A. D. The Assessment of Technology and Quality: A Comparative Study of Certainties and Ambiguities. Intl J of Technology Assessment in Health Care 1988;4:487 - 96.

80. Gutiérrez-Trujillo G. F-HS, Fernández-Gárate I. H., Martínez-Montañez O. G., Velasco-Murillo V. Fernández-Cantón S., Muñoz-Hernández O. Estrategia de prestación y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

evaluación de servicios preventivos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006;44(Supl 1):S3 - S21.

81. Garratt A. National and cross-national surveys of patient experiences: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services); 2008.

82. Ramírez-Sánchez T. de J. N-AP, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex. 1998;40:3 - 12. Español.

83. Ballestas IP. Medidas de desenlace reportadas por el paciente:¿ cuál es su importancia? Reumatología clínica. 2012;8(3):105-6.

84. OMS OMdlS. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Ginebra: OMS, 2000.

85. Jaramillo A. RJ. Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud, Tendencias y Experiencias. Funciones esenciales de Salud Pública2010.

86. Patricia CL. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA EN EL SUBCENTRO DE SALUD SAN LORENZO DE MANTA-2010. 2010.

87. Ochoa CMPRMORMdCLAMPFII. The evaluation of health satisfaction: a challenge for quality. 2006:3.

88. Manual de Caminando a la Excelencia, (2014).

89. Satisfacción del Usuario Externo, 727 (2009).

90. Cronin J. J. TSA. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and exceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. Journal of Marketing. 1994;58(1):125 - 31. American Marketing Association.

91. Brady M. K. CJJJ. Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. Journal of Marketing. 2001 July 2001;65(3):34 - 49.

92. Fornell C. JMD, Anderson E. W., Cha J. & Bryant B. E. The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. Journal of Marketing. 1996;60:7 - 18.

93. NHS Performance Indicators, (2003).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

94. Jenkinson CCAyB, S. . The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and Validation Using Data From In-Patient Surveys in Five Countries. International Journal for Quality in Health Care. 2002;14(5):353 - 8.

95. Song Z. RS, Safran D. G., Landon B. E., Day M. P., Chernew M. E. Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. N Engl J Med. 2014;371:1704 - 14.

96. Información de los estándares de desempeño a alcanzar en el 2013 para las líneas de acción del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud., 339 (2013.).

97. Componentes de asociación al Sistema Naciona de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), 119 (2008).

98. Aplicación de la prueba piloto para la Encuesta Nacional de Confianza y Satisfacción (ENCOSA), 277 (2011).

99. INDICAS Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.

100. Amaro CMC. Gestión administrativa en medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 Julio - Agosto 2003;19(4).

101. Modelo de Gestión para la Atención de quejas, sugerencias y felicitaciones (MANDE), 288 (2011).

102. Gutiérrez JP R-DJ, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012:1 - 200. Español.

103. Acuerdo por el que la Secretaria de Salud da a conocer las reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, (2002).

104. Taher Abu-Hejleh M, Chrischilles EA, Halfdanarson TR, Simon C, Pendergast JF, Jiang D, et al. The Effect of Receiving Treatment Within a Clinical Trial Setting on Survival and Quality of Care Perception in Advanced Stage Non–Small Cell Lung Cancer. 2014.

105. Moreno SP. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. Gestión clínica y sanitaria: de la práctica a la academia, ida y vuelta: Masson Barcelona; 2003. p. 17-87.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

106. Salud Sd. INDICAS II [Web]. México: Secretaria de Salud; 2015 [updated Diciembre 2014; cited 2015]. Available from: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php.

107. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-024-SSA2-1994, "Para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la atención primaria a la Salud". NOM-024-SSA2-1994 NOM(1994).

108. Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 Meses Hasta 18 años de Edad, GPC(2009).

109. Mexicana NO, EPIDEMIOLOGICA PLV. NOM-017-SSA2-1994. Para la vigilancia epidemiológica. 1994.

110. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. The Lancet. 1997;349(9061):1269-76.

111. Allegranzi B, Nejad SB, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2011;377(9761):228-41.

112. Díaz-Ortega J.L FE, Garcia L., Trejo B., Téllez-Rojo M. M., Gutiérrez J. P., Hernández-Ávila M. Enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. 2012:1 - 16.

113. Estrategia y Plan de Acción para la salud integral en la niñez., (2013).

114. Danzhen You PB, Jingxian Wu and Tessa Wardlaw. Levels & Trends in Child Mortality, Report 2013. United Nations Children´s Fund. 2013:1 - 34.

115. Organization WH, Unicef. Countdown to 2015 decade report (2000-2010) with country profiles: taking stock of maternal, newborn and child survival. 2010.

116. Flores S, Trejo J, Reyes H, Pérez R, Guiscafré H. Guía clínica para la diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. Rev Med IMSS (Mex). 2003;41.

117. Milstone AM, Perl TM, Valsamakis A. Epidemiology of respiratory viruses in children admitted to an infant/toddler unit. American journal of infection control. 2012;40(5):462-4.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

118. Valkenburg SA, Rutigliano JA, Ellebedy AH, Doherty PC, Thomas PG, Kedzierska K. Immunity to seasonal and pandemic influenza A viruses. Microbes and Infection. 2011;13(5):489-501.

119. Aguascalientes Gd. Programa Sectorial de Salud 2010 - 2016. In: Proyectos CEdPy, editor. 1a. ed. Aguascalientes, México: Gobierno del Estado de Aguascalientes; 2011. p. 1 - 100.

120. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet. 2013;382(9908):1898-955.

121. Páez K. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: avances en América Latina, 2009-2011. 2012.

122. Houweling LM, Bezemer ID, Penning-van Beest FJ, Meijer WM, van Lingen RA, Herings RM. First year of life medication use and hospital admission rates: premature compared with term infants. The Journal of pediatrics. 2013;163(1):61-6. e1.

123. Rogelio P-P. Hacia un programa de prevención y atención primaria de enfermedades respiratorias, AIREa (Acción Integrada por la Respiración). Neumol Cir Torax. 2012;71(3):244 - 9.

124. Grenoville M. El Impacto de las Infecciones Respiratorias en la Población. Argentina: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2004 Mayo 2004. Report No.: Contract No.: 10.

125. Gutiérrez G, Reyes, H., Fernández, S., Pérez, L., Pérez-Cuevas, R., Guiscafré, H. Impacto de los servicios de salud, el saneamiento y la alfabetización en la mortalidad de menores de cinco años. Salud Publica Mex. 1999;41:368 - 75.

126. Santiago-Burruchaga M, Zalacain-Jorge R, Vazquez-Cordero C. Are airways structural abnormalities more frequent in children with recurrent lower respiratory tract infections? Respiratory medicine. 2014;108(5):800-5.

127. González Saldaña N, Torales Torales A, Gómez-Barreto D. Infecciones del Aparato Respiratorio. In: Interamericana M-H, editor. Infectología Clínica Pediátrica. I. Séptima ed. México: The McGraw-Hill Companies; 2004. p. 53 - 118.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

128. Valcarce MÁF-C, El-Osman AE-A, Ocaña JMG, Pascual ER. Las 50 Principales Consultas en Pediatría de Atención Primaria: MIGUEL A FERNANDEZ CUESTA V; 2008.

129. Busse WW, Lemanske RF, Gern JE. Role of viral respiratory infections in asthma and asthma exacerbations. The Lancet. 2010;376(9743):826-34.

130. Brook I. Acute sinusitis in children. Pediatric clinics of North America. 2013;60(2):409-24.

131. Kristo A, Uhari M. Timing of rhinosinusitis complications in children. The Pediatric infectious disease journal. 2009;28(9):769-71.

132. Castañeda Narváez JL. Prontuario de Infectología Pediátrica. 4a. ed. Infectología AMd, editor. México: Asociación Mexicana de Infectología; 2013. 772 p.

133. OPS/OMS. Infecciones respiratorias agudas en los niños: tratamiento de casos en hospitales pequeños. Organización Panamericana de la Salud, OMS. 1992.

134. Pichichero ME. Otitis media. Pediatric Clinics of North America. 2013;60(2):391-407.

135. Choi J, Lee, G. L.,. Common Pediatric Respiratory Emergencies. Emerg Med Clin N Am. 2012;30:529 - 63.

136. Shah S, Sharieff GQ. Pediatric respiratory infections. Emergency medicine clinics of North America. 2007;25(4):961-79.

137. Teshome G, Gattu R, Brown R. Acute bronchiolitis. Pediatric clinics of North America. 2013;60(5):1019-34.

138. Organization WH. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses: World Health Organization; 2013.

139. CdIRdlSLdI P. Consenso de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) sobre Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC). Rev Enf Infecciosas Pediatr. 2010;24(94):1-23.

140. Velásquez PJM. Situación Inicial de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Ciudadela 3 de Noviembre, año 2011. Ecuador: Universidad Técnica de Machala; 2013.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

141. Yap P-S, Gilbreath S, Garcia C, Jareen N, Goodrich B. The influence of socioeconomic markers on the association between fine particulate matter and hospital admissions for respiratory conditions among children. American journal of public health. 2013;103(4):695-702.

142. MacIntyre CR, Wang Q, Rahman B, Seale H, Ridda I, Gao Z, et al. Efficacy of face masks and respirators in preventing upper respiratory tract bacterial colonization and co-infection in hospital healthcare workers. Preventive medicine. 2014;62:1-7.

143. Moxon ER, Siegrist C-A. The next decade of vaccines: societal and scientific challenges. The Lancet. 2011;378(9788):348-59.

144. Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar "Plan de Trabajo para la prueba piloto", (2013).

145. Blais R, Sears NA, Doran D, Baker GR, Macdonald M, Mitchell L, et al. Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. BMJ quality & safety. 2013:bmjqs-2013-002039.

146. Li J, Hinami K, Hansen LO, Maynard G, Budnitz T, Williams MV. The Physician Mentored Implementation Model: A Promising Quality Improvement Framework for Health Care Change. Academic Medicine. 2015;90(3):303-10.

147. PARTE I, BASES DMDAI. LA SALUD INTEGRAL: COMPROMISO DE TODOS.

148. OMS. Derechos y responsabilidades del usuario. Boletín Epidemiológico. 2001;22(4):2 - 5.

149. Llop LG, Alcoverro AA, Juan CG, Mas PC. Estudio de la demanda en atención primaria pediátrica. An Esp Pediatr. 1996;44:469-74.

150. Salud OMdl. La atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. OMS Ginebra; 2008.

151. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank quarterly. 2005;83(3):457-502.

152. Trivedi AN, Nsa W, Hausmann LR, Lee JS, Ma A, Bratzler DW, et al. Quality and Equity of Care in US Hospitals. New England Journal of Medicine. 2014;371(24):2298-308.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

153. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2-3):73-84.

154. Romero RV, Ramírez NA, Méndez PAM, Vélez MOR. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. Medicina social. 2008;3(2).

155. Consulta Regional sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud: Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de Salud., (2001).

156. de León FID. Políticas públicas en una jurisdicción sanitaria de Sinaloa, México. Revista Científica Teorías, Enfoques y Aplicaciones en las Ciencias Sociales. 2012;5(10):51-73.

157. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. salud pública de méxico. 2011;53:s220-s32.

158. República Gdl. Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar. Síntesis Ejecutiva. In: IMSS DdPM, editor. 1a. ed. México: Gobierno de la República; 2013. p. 1 - 13.

159. IMSS DdPM. Guía de Implementación del Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar. In: Nivel CdAIalSeeP, editor. México: Gobierno de la República; 2014. p. 1 - 42.

160. Plan General para la Difusión, Implementación y Control del Programa de Fortalecimiento de la Atención Integral en Medicina Familiar en la UMF 11, (2014).

161. Fortalecimiento de la Atención Integral en Medicina Familiar. Basado en la Atención Primaria a la Salud, (2014).

162. Reseña sobre el fortalecimiento del sistema de medicina familiar y la calidad de atención médica, (2014).

163. INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales. Aguascalientes, México: Instituo Nacional de Estadística y Geografía, 2013 30 Abril 2013. Report No.

164. Ruíz de Chávez M, Martínez Narváez G, Calvo Ríos JM, Aguirre Gas H, Arango Rojas R, Lara Carreño R, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Publica Mex. 1990;32(3):156-69.

165. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna. 2011;33(1):7-11.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

166. Ley General de Salud, (2010).

167. State of the world is children, (2003).

168. Peralta MV, Fujimoto G. La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI. Santiago, Chile: OEA Recuperado de http://www oei es/inicial/articulos/atencion_primera_infancia pdf. 1998.

169. Atención Integrada, (2007).

170. Benguigui Y. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: avances y resultados en la región de Las Américas. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2002;41(1):29-35.

171. Gutiérrez G, Guiscafré H, Verver H, Valdés J, Rivas E, Loyo E, et al. Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centros de capacitación. Gac Méd Méx. 2001;137(1):21-9.

172. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Revista Española de Salud Pública. 2002;76(5):561-75.

173. A EAR. Eficacia de la Insulinización oportuna en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con el Fortalcimiento del Sistema de Medicina Familiar en la UMF 11, delegación Aguascalientes. Ags. México.: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2015.

174. Epidemiología DGd. Veinte principales causas de enfermedad por grupo de edad [Web]. México2013 [cited 2015]. Available from: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html.

175. Salinas-Oviedo C, Laguna-Calderón J, Mendoza-Martïnez MdR. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud pública de México. 1994 (36 (1):22-9.

176. Salud Sd. Rendición de Cuentas en Salud 2009. Dirección General de Evaluación del DesempeñoSecretaría de Salud; 2008.

177. Coddington DC, Moore KD, Fischer EA. Making integrated health care work. Medical group management journal/MGMA. 1995;43(3):24, 7-31, 72.

178. Narro-Robles J, Rodríguez-Domínguez J, Viesca-Treviño C, Abreu-Hernández LF. Ética y salud: Retos y reflexiones. Gaceta médica de México. 2004;140(6):661-6.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXOS

ANEXO A.- INSTRUMENTO

"PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES"

Fecha: Turno:
Tipo de Consulta: Primera vez ( ) Subsecuente ( ) Cita Previa ( ) Espontáneo ( )
Diagnóstico: _____.
RESPONSABLE: Flor Angélica Bravo Jiménez, Médico Residente de Medicina Familiar.
ENCUESTADOR:

DATOS DEL PACIENTE:

1.- Género o Sexo: a) Masculino b) Femenino
2.- Edad: Años _____, Meses _____.
3.- Escolaridad:
a) Ninguna b) Guardería c) Preescolar d) Primaria

DATOS DEL ENCUESTADO:

4.- Usuario al que se aplica el cuestionario: a) Familiar: Madre ( ), Padre ( ), Otro ( )
b) Acompañante: _____.
5.- Género ó Sexo: a) Masculino b) Femenino
6.- Edad: _____ años.
7.- Escolaridad:

a) Ninguna
b) Sabe leer y escribir
c) Primaria
d) Secundaria
e) Preparatoria
f) Profesional técnica
g) Licenciatura
h) Posgrado
i) Completo
j) Incompleto

8.- Estado civil:
a) Casado (a) b) Soltero (a) c) Unión libre d) Divorciado (a) e) Viudo (a)

9.- Ocupación:

a) Hogar
b) Estudiante
c) Campesino / Jornalero (a)
d) Comerciante
e) Obrero (a)
f) Empleado (a)
g) Profesionista
h) Desempleado (a)
i) Jubilado (a) / Pensionado (a)
j) Otros

10.- Ingreso mensual familiar:

a) Menos de $ 2,000 pesos.
b) Entre $ 2, 000 y $ 5, 000 pesos.
c) Entre $ 5, 000 y $ 10, 0000 pesos.
d) Entre $ 10, 000 y $ 15, 000 pesos.
e) Más de $ 15, 000 pesos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ESTRUCTURA:

Accesibilidad y Disponibilidad:

Atención oportuna:

Tiempo de espera para marcar una consulta:

11.- ¿Cómo le resulta comunicarse a la Unidad para realizar la cita médica?

a) Nunca puedo comunicarme
b) Muy pocas veces puedo comunicarme
c) Solo algunas veces he tenido dificultad
d) Casi siempre puedo comunicarme
e) Siempre puedo comunicarme

Tiempo de espera entre marcar la consulta y la atención:

12.- ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar entre solicitar la consulta y recibirla?

a) Cinco o más días
b) Cuatro días
c) Tres días
d) Dos días
e) Un día

Tiempo de espera para ser atendido en consulta:

13.- ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora en que le entregaron su ficha o que tenía agendada su cita, hasta que pasó a la consulta médica?

a) Más de 1 hora
b) De entre 31 minutos a 1 hora
c) Entre 15 y 30 minutos
d) Entre 10 y 15 minutos
e) Entre 5 y 10 minutos

Tiempo de duración de la atención:

14.- ¿Cómo considera el tiempo de duración de la consulta médica?

a) Pésimo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno

Geográficamente razonable

Tiempo y medio necesario para llegar a la Unidad:

15.- ¿El medio de transporte (carro, camión, bicicleta, caminando u otro) que usa para llegar a la UMF 11 le parece accesible?

a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

16.- Desde su domicilio o lugar de trabajo ¿cómo considera la ubicación de la UMF 11?

a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena

Comodidad:

17.- ¿Cómo considera la comodidad (acceso, ventilación, iluminación, señalización, mobiliario, superficie, amplitud y limpieza) de las instalaciones y los consultorios de la UMF 11?

a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena

Seguridad:

18.- ¿Qué tan seguras o inseguras considera la UMF 11 en cuánto a vigilancia e instalaciones?

a) Muy inseguras
b) Inseguras
c) Ni inseguras ni seguras
d) Seguras
e) Muy seguras

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

PROCESO:
Trato digno:

Competencia profesional

19.- ¿El médico que le atendió le pregunta y le da el tiempo suficiente para que hable sobre el problema de salud del niño (a)?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

20.- ¿El médico que atendió al niño (a) lo revisa de forma completa (incluyendo toma de signos vitales y peso y talla); realizando anotaciones en el expediente clínico?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Comunicación:

21.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explica de forma simple, clara y de fácil entendimiento el problema de salud, el tratamiento (medidas farmacológicas y no farmacológicas) que debe seguir?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

22.- Las medidas no farmacológicas para completar la atención en el hogar que le indico el médico fueron (señalar los que menciona el paciente):

a) Mantenerla alimentación habitual, sin suspender la lactancia materna y tomar abundantes líquidos
b) Limpieza de fosas nasales
c) Evitar cambios de temperatura y humidificar el ambiente.
d) Evitar la exposición a humos en habitaciones cerradas sobretodo evitar fumar cerca del niño
e) Identificación de signos de gravedad

23.- La información que recibió acerca del padecimiento del niño (a) fue:
a) Muy confusa b) Confusa c) Regular d) Clara e) Muy clara

Cortesía:

24.- ¿Considera que el médico que atiende al niño (a) fue amable y respetuoso?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

25.- ¿El médico que atiende al niño (a) se muestra interesado en el problema de salud del niño (a)?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

26.- ¿Cómo considera la relación con su médico familiar?
a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena

Privacidad

27.- ¿El médico que le atendió revisó al niño (a) en privado?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Autonomía

28.- ¿El médico que atendió al niño (a) con infección respiratoria aguda le permite opinar acerca de las decisiones sobre la salud del paciente?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Credibilidad:

29.- ¿Confía usted en lo que el médico le instruye acerca del padecimiento del niño (a) (etiología, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y pronóstico)?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

30.- Cuando el médico le prescribe algún antibiótico para la infección respiratoria aguda del niño (a) ¿lo considera necesario?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Equidad:

31.- ¿Considera que el personal de salud de la UMF 11 le trata a usted y al niño (a) de igual manera que a otros usuarios?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Integralidad:

32.- ¿El médico que atendió al niño (a) revisó su esquema de vacunación completo?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

33.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explicó cómo prevenir las infecciones respiratorias agudas, los cuidados curativos y en domicilio, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

RESULTADOS:

Continuidad:

34.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explica de forma simple, clara y de fácil entendimiento los signos de alarma y la identificación de dificultad respiratoria, en caso de complicación de la infección respiratoria aguda?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

35.- Los signos de alarma que podría presentar el niño (a) que le mencionó el médico fueron (señalar los que menciona el paciente):

a) Salida de pus por el oído
b) No come o no bebe
c) Se ve más enfermo
d) Fiebre
e) Respiración rápida o no puede respirar

36.- ¿El médico que atendió al niño (a) le indica solicitar una próxima cita para revisión?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Efectividad:

37.- ¿Considera que la consulta médica integral recibida logrará un cambio positivo en la salud del niño (a)?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

38.- ¿Cree usted que la atención integral que se brinda en la UMF 11 es importante para mejorar la salud de la población?
a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Eficacia:

39.- ¿Considera que era necesario la realización de más exámenes clínicos o auxiliares de diagnostico (rayos X y estudios de laboratorio) para el estudio de la infección respiratoria aguda del niño (a)?

a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Eficiencia:

40.- ¿En la farmacia de la UMF 11 se le surten completos los medicamentos recetados por el médico para el tratamiento del niño (a) con infección respiratoria aguda?

a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Expectativas:

41.- En general, ¿la atención médica que recibió cumplió con lo que usted esperaba recibir?

a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

Percepción de la calidad de atención médica:

42.- Usted percibe que la atención médica brindada al niño menor de 5 años con IRA es:

a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena

43.- ¿Cómo considera la preparación profesional de su doctor?

a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena

Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar:

44.- ¿Conoce en qué consiste el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral Medicina Familiar llevado a cabo en está UMF 11? a) No b) Si

45.- ¿Conoce a los integrantes del equipo transdisciplinario del Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral Medicina Familiar implementado en está UMF 11? a) No b) Si

Satisfacción:

46.- ¿Alguna vez ha presentado quejas en la UMF 11? a) Si b) No

47.- Regresaría a la UMF 11 para atención del niño (a) menor de 5 años con IRA con:

a) Mucho desagrado b) Desagrado c) Indiferencia d) Agrado e) Mucho agrado

48.- ¿Recomendaría a la UMF 11 a un familiar o amigo para recibir atención médica?

a) No b) Si

49.- ¿Por qué no recomendaría la UMF 11?

a) Lo trataron mal y/o no le informaron adecuadamente
b) Espero mucho tiempo
c) No estuvo de acuerdo con el diagnostico y/o tratamiento
d) No le suministraron los medicamentos completos
e) Ninguna de la anteriores

50.- En general, ¿qué tan satisfecho está con el trato que recibió en la atención médica del niño (a) con infección respiratoria aguda en la UMF 11?

a) Muy insatisfecho
b) Insatisfecho
c) Más o menos satisfecho
d) Satisfecho
e) Muy satisfecho

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO B.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	ESCALA	ÍTEMS
1.- Perfil socio – demográfico. Conjunto de rasgos peculiares y del contexto familiar y económico que caracteriza al grupo social al que pertenece cada individuo.	Características demográficas. Estudio estadístico de una colectividad humana en un determinado momento.	Género: Expectativas culturales respecto de los roles y comportamientos de hombre y mujeres.	Cualitativa	Nominal	a) Masculino b) Femenino
		Edad: Tiempo expresado en años cumplidos desde el nacimiento hasta fecha de reclutamiento en el estudio.	Cuantitativa	Discreta	2.- Edad del paciente. 6.- Edad del encuestado.
	Características sociales. Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen.	Nivel educativo: Grados que el individuo ha cursado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.	Cuantitativa	Discreta	Paciente: a) Ninguna b) Guardería c) Preescolar d) Primaria - Encuestado: a) Ninguna b) Sabe leer y escribir c) Primaria d) Secundaria e) Preparatoria f) Profesional técnica g) Licenciatura h) Posgrado i) Completo j) Incompleto
		Estado civil: Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.	Cualitativa	Nominal	a) Casado (a) b) Soltero (a) c) Unión libre d) Divorciado (a) e) Viudo (a)
		Usuario informante Paciente, familiar o representante legal que mantiene mayor contacto directo con el personal de salud.	Cualitativa	Nominal	a) Familiar: - Madre - Padre - Otro b) Acompañante

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	Características económicas: Estudia el comportamiento humano según sus necesidades.	Actividad laboral: Ejercicio de funciones en el contexto de un trabajo determinado.	Cualitativa	Nominal	a) Hogar b) Estudiante c) Campesino / Jornalero d) Comerciante e) Obrero (a) f) Empleado (a) g) Profesionista h) Desempleado (a) i) Jubilado (a) / Pensionado (a) j) Otros
		Ingreso mensual familiar: Ingresos económicos con los que cuenta una familia para cubrir sus necesidades básicas.	Cuantitativa	Discreta	a) Menos de $ 2,000 pesos. b) Entre $ 2, 000 y $ 5, 000 pesos. c) Entre $ 5, 000 y $ 10, 0000 pesos. d) Entre $ 10, 000 y $ 15, 000 pesos. e) Más de $ 15, 000 pesos

CONCEPTO	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Percepción de la calidad de atención médica: Es la interpretación que da el usuario sobre el servicio que recibe, de acuerdo a su conocimiento y experiencias previas, basado en la estructura, proceso y resultado involucrados en la atención médica.	**ESTRUCTURA** Se refiere a las características estables de quienes suministran atención, es decir, medios, herramientas y recursos en cuanto a la accesibilidad y disponibilidad, comodidad y seguridad con que se cuentan para brindar atención médica para satisfacer las necesidades del usuario.	**Accesibilidad y Disponibilidad:** Facilidad con el que el usuario puede utilizar el servicio de salud en el momento que lo desee o necesite, en función de que la atención sea oportuna y geográficamente razonable apropiadas a las necesidades en salud del usuario.	**Atención Oportuna:** Tiempo de espera para solicitar una consulta. Tiempo de espera entre solicitar la consulta y recibir la atención.	11.- ¿Cómo le resulta comunicarse a la Unidad para realizar la cita médica? 12.- ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar entre solicitar la consulta y recibirla?	Cualitativa nominal a) Nunca se puede comunicar b) Muy pocas veces se puede comunicar c) Solo algunas veces ha tenido dificultad d) Casi siempre se puede comunicar e) Siempre se puede comunicar Cuantitativa discreta a) Cinco o más b) Cuatro c) Tres d) Dos e) Uno

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

			Tiempo de espera para ser atendido en consulta.	13.- ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora en que le entregaron su ficha o que tenía agendada su cita, hasta que pasó a la consulta médica?	Cuantitativa discreta a) Más de 1 hora b) De entre 31 minutos a 1 hora c) Entre 15 y 30 minutos d) Entre 10 y 15 minutos e) Entre 5 y 10 minutos
			Tiempo de duración de la consulta médica.	14.- ¿Cómo considera el tiempo de duración de la consulta médica?	Cualitativo nominal a) Pésimo b) Malo c) Regular d) Bueno e) Muy bueno
			Geográficamente razonable:	15.- ¿Cuál es el medio que utilizó para llegar a la UMF 11?	Cualitativo nominal a) Carro b) Camión c) Bicicleta d) Caminando e) Otro
				16.- Desde su domicilio o lugar de trabajo ¿cómo considera la ubicación de la UMF 11?	Cualitativo nominal a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena
		Comodidad: Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la Unidad, relacionado con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipo, instrumental, material suficiente, disponible, adecuado, funcional, en buen estado, limpieza y comodidad.		17.- ¿Cómo considera la comodidad (acceso, ventilación, iluminación, señalización, mobiliario, superficie, amplitud y limpieza) de las instalaciones y los consultorios de la UMF 11?	Cualitativa nominal a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena
		Seguridad: Forma que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.		18.- ¿Qué tan seguras o inseguras considera la UMF 11 en cuánto a vigilancia e instalaciones?	Cualitativa nominal a) Muy inseguras b) Inseguras c) Ni inseguras ni seguras d) Seguras e) Muy seguras

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	PROCESO: Conjunto de actividades que ocurren entre los profesionales de la salud y sus pacientes para el diagnostico y tratamiento con el fin de resolver un problema de salud, en las que se implica la congruencia con las normas, conocimientos médicos, principios éticos vigentes, la relación interpersonal y la integralidad de la atención médica.	**Competencia profesional:** Grado en que el proveedor demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestarle atención al usuario.	**Trato digno**	19.- ¿El médico que le atendió le pregunta y le da el tiempo suficiente para que hable sobre el problema de salud del niño (a)? 20.- ¿El médico que atendió al niño (a) lo revisa de forma completa (incluyendo toma de signos vitales y peso y talla); realizando anotaciones en el expediente clínico?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Comunicación: Característica con que el proveedor de salud se comunica con sus usuarios a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento, evitando vocablos que lo confundan o asusten.		21.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explica de forma simple, clara y de fácil entendimiento el problema de salud, el tratamiento (medidas farmacológicas y no farmacológicas) que debe seguir? 22.- Las medidas no farmacológicas para completar la atención en el hogar que le indico el médico fueron (señalar los que menciona el paciente):	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre Cualitativa nominal a) Mantener la alimentación habitual, sin suspender la lactancia materna y tomar abundantes líquidos. b) Limpieza de fosas nasales c) Evitar cambios de temperatura y humidificar el ambiente d) Evitar la exposición a humos en habitaciones cerradas sobretodo evitar fumar cerca del niño. e) Identificación de signos de gravedad

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

				23.- La información que recibió acerca del padecimiento del niño (a) fue:	Cualitativa nominal a) Muy confusa b) Confusa c) Regular d) Clara e) Muy clara
		Cortesía: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el usuario, siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos y se comporta con dignidad, respeto, se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.		24.- ¿Considera que el médico que atiende al niño (a) fue amable y respetuoso? 25.- ¿El médico que atiende al niño (a) se muestra interesado en el problema de salud del niño (a)? 26.- ¿Cómo considera la relación con su médico familiar?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre Cualitativa nominal a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena
		Privacidad: Característica de la atención médica que se lleva a cabo en confidencialidad y se explora al paciente en un espacio reservado, fuera de la vista de los demás.		27.- ¿El médico que le atendió revisó al niño (a) en privado?	Cualitativo nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Autonomía: Es el respeto a la capacidad de decidir y opinar de los usuarios sobre el diagnostico y tratamiento de su problema de salud.		28.- ¿El médico que atendió al niño (a) con infección respiratoria aguda le permite opinar acerca de las decisiones sobre la salud del paciente?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Credibilidad: Honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.		29.- ¿Confía usted en lo que el médico le instruye acerca del padecimiento del niño (a) (etiología, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y pronóstico)?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

				30.- Cuando el médico le prescribe algún antibiótico para la infección respiratoria aguda del niño (a) ¿lo considera necesario?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Equidad: Ausencia de diferencias por género, raza, etnicidad, localización geográfica ó nivel socioeconómico y grupos vulnerables a servicios para iguales necesidades en salud.		31.- ¿Considera que el personal de salud de la UMF 11 le trata a usted y al niño (a) de igual manera que a otros usuarios?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Integralidad: Provisión de servicios médicos que incluyen promoción, prevención, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en la población.		32.- ¿El médico que atendió al niño (a) revisó su esquema de vacunación completo? 33.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explicó cómo prevenir las infecciones respiratorias agudas, los cuidados curativos y en domicilio, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
	RESULTADOS: Son los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente y la utilización del servicio; proporcionan una medición integral de la calidad de la atención.	**Continuidad:** Proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general, evitando repeticiones, suspensiones, y limitaciones innecesarias de evaluación, diagnostico o tratamiento.		34.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explica de forma simple, clara y de fácil entendimiento los signos de alarma y la identificación de dificultad respiratoria, en caso de complicación de la infección respiratoria aguda?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

				35.- Los signos de alarma que podría presentar el niño (a) que le mencionó el médico fueron (señalar los que menciona el paciente): 36.- ¿El médico que atendió al niño (a) le indica solicitar una próxima cita para revisión?	Cualitativa nominal a) Salid de pus por el oído b) No come o no bebe c) Se ve más enfermo d) Fiebre e) Respiración rápida o no puede respirar Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Efectividad: Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud individual y de la población que la recibe, basada en sus necesidades.		37.- ¿Considera que la consulta médica integral recibida logrará un cambio positivo en la salud del niño (a)? 38.- ¿Cree usted que la atención integral que se brinda en la UMF 11 es importante para mejorar la salud de la población?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Eficacia: Aplicación de las normas, especificaciones y tecnología de manera que logra los resultados deseados en la salud de los pacientes.		39.- ¿Considera que era necesario la realización de más exámenes clínicos o auxiliares de diagnostico (rayos X y estudios de laboratorio) para el estudio de la infección respiratoria aguda del niño (a)?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Eficiencia: Administrar atención óptima con los recursos con los que se cuenta.		40.- ¿En la farmacia de la UMF 11 se le surten completos los medicamentos recetados por el médico para el tratamiento del niño (a) con	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

				infección respiratoria aguda?	
		Expectativas: Son creencias o convencimientos de que algo va a suceder de una manera determinada.		41.- En general, ¿la atención médica que recibió cumplió con lo que usted esperaba recibir?	Cualitativa nominal a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre a) Nunca b) Muy pocas veces c) Algunas veces d) Casi siempre e) Siempre
		Percepción: Son las creencias o ideas con respecto al servicio recibido o experimentado, constituyendo el primer proceso cognoscitivo, mediante el cual se recibe, se selecciona, se evalúa, se integra y se interpreta la información proveniente del medio externo e interno comparándola con información previamente almacenada en la memoria, que finalmente posibilita la formación de un esquema mental anticipatorio y por lo tanto, el conocimiento intelectual.		42.- Usted percibe que la atención médica brindada al niño menor de 5 años con IRA es: 43.- ¿Cómo considera la preparación profesional de su doctor?	Cualitativa nominal a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena Cualitativa nominal a) Pésima b) Mala c) Regular d) Buena e) Muy buena
		Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar Es el restablecimiento organizacional de los procesos de atención primaria a la salud, para integrar la prevención y la asistencia médica familiar, con equipos de salud transdisciplinarios, coordinados y liderados por el médico familiar.		44.- ¿Conoce en qué consiste el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral Medicina Familiar llevado a cabo en está UMF 11? 45.- ¿Conoce a los integrantes del equipo transdisciplinario del Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral Medicina Familiar	Cualitativa nominal a) No b) Si Cualitativa nominal a) No b) Si

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

				implementado en está UMF 11?	
		Satisfacción: Es la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los usuarios y por la población en general, es decir, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas.		46.- ¿Alguna vez ha presentado quejas en la UMF 11? 47.- Regresaría a la UMF 11 para atención del niño (a) menor de 5 años con IRA con: 48.- ¿Recomendaría a la UMF 11 a un familiar o amigo para recibir atención médica? 49.- ¿Por qué no recomendaría la UMF 11? 50.- En general, ¿qué tan satisfecho está con el trato que recibió en la atención médica del niño (a) con infección respiratoria aguda en la UMF 11?	Cualitativa nominal a) Si b) No Cualitativa nominal a) Mucho desagrado b) Desagrado c) Indiferencia d) Agrado e) Mucho agrado Cualitativa nominal a) No b) Si Cualitativa nominal a) Lo trataron mal y/o no le informaron adecuadamente b) Espero mucho tiempo c) No estuvo de acuerdo con el diagnóstico y/o tratamiento d) No le suministraron los medicamentos completos e) Ninguna de las anteriores Cualitativa nominal a) Muy insatisfecho b) Insatisfecho c) Más o menos satisfecho d) Satisfecho e) Muy satisfecho

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO C.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015	MAR 2015	ABRL 2015	MAY 2015	JUNIO 2015	JULIO 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015
Elección del tema	X	X												
Acopio de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X							
Revisión de literatura				X	X	X	X							
Diseño del protocolo						X	X							
Planteamiento Del problema							X	X						
Antecedentes							X	X	X					
Justificación									X	X				
Introducción										X	X			
Envió del Protocolo al Comité local											X			
Revisión del protocolo											X	X		
Registro del protocolo												X		
Aprobación del protocolo												X		
Trabajo de campo													X	
Captura y tabulación de datos													X	
Análisis de resultados													X	
Autorización														X
Discusión de resultados														X
Elaboración de informe tesis final														X

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO D.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
"CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)"

Nombre del estudio: **"Percepción de la calidad de atención médica de padres de niños menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 IMSS Aguascalientes".**

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes. A …….. de ……..……..…… del 2015.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: R-2015-101-22.

Justificación y objetivo del estudio: determinar la percepción de la calidad de la atención médica de padres de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes.
Procedimiento: se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista que consta de 50 preguntas relacionadas con la percepción que tengo de la calidad en la atención médica que recibí en la Unidad, al haber atendido al menor de 5 años con infección respiratoria aguda. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto.
Posibles riesgos y molestias: no existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explicó que los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de la percepción de calidad de la atención médica frente al fortalecimiento de la atención integral en medicina familiar, y en el futuro gestionar la calidad, optimizar los recursos disponibles de la institución y generar un impacto positivo en la salud de los niños menores de 5 años.
Participación o retiro: entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder..
Privacidad y confidencialidad: el investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio y acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes, ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 11 con LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 11. DOMICILIO: Mariano Hidalgo sin Numero Colonia Morelos 1, Aguascalientes C.P. 20280, TELÉFONO: 977 42 72, CORREO: acane16@hotmail.com; y con la Dra. Flor Angélica Bravo Jiménez, ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 1, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No. 1, DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Lindavista, Aguascalientes, CP 20270, TELÉFONO: 9 13 90 22, CORREO: flor_angie1@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 participante	Nombre y Firma del testigo 1
_____	_____
Dra. Flor Angélica Bravo Jiménez, Tesista	Nombre y Firma del testigo 2

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO E.- MANUAL OPERACIONAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SERVICIOS DE SALUD

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES.

El enfoque centrado en el paciente y en el bienestar subjetivo, coloca las necesidades de la persona enferma, familiares y acompañantes en el núcleo de la labor de los prestadores de los servicios de salud.

La intención es acercarse a los espacios de experiencia y horizontes de expectativa de los usuarios en el marco de sus entornos y esquemas culturales, y relacionarlos con la percepción de la satisfacción o la ausencia de la misma en un evento de atención a la salud. Se ha buscado enfocar las inquietudes e historias de quienes padecen para incorporar la dimensión subjetiva del proceso, y superar los parámetros economicistas de calidad, basados principalmente en la observancia de las normas organizativas.

Las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años constituyen un reto trascendente para el IMSS, pues constituye el principal motivo de consulta en este grupo etario (2013).[179]

El Sistema Nacional de Salud en México se ha transformado en los últimos años buscando responder de manera oportuna y eficaz a las necesidades del país creado así nuevos Modelos de Atención Médica con el único fin de brindar servicios médicos con calidad y calidez, sin embargo, la calidad de los servicios sigue siendo descrita como deficiente por el usuario. En este sentido, en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 11 del IMSS en la Delegación Aguascalientes (Ags) se ha implementado el Sistema de Fortalecimiento de Medicina Familiar, con el propósito de mejorar la oportunidad,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

seguimiento y control de las enfermedades, incrementar la capacidad resolutiva y mejorar la gestión del sistema de medicina familiar y de esta manera mejorar la percepción de la calidad de atención y satisfacción de los derechohabientes (DH) para fomentar su participación en el cuidado de su salud.

1.- Criterios de Inclusión:

- Padres (mamá, papá) o responsables de manera directa (tutores, abuelos, tíos, etc.) mayores de 18 años de edad; de niños menores de 5 años con IRA adscritos a la UMF 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Padres o responsables de niños menores de 5 años con IRA que acude a recibir atención médica en consultorio de medicina familiar, en el turno matutino, vespertino, nocturno en la UMF 11 IMSS Aguascalientes.
- Padres o responsables de niños menores de 5 años con IRA que acepten participar en la entrevista, bajo la aprobación del consentimiento informado.

2.- Se identificaran a los padres o responsables de niños menores de 5 años con IRA, se les invitará a participar en esta investigación, explicándoles los propósitos del estudio, así como la entrega del cuestionario, solicitándole autorización para su participación en un formato de consentimiento informado, en donde se le garantizará la confidencialidad y el anonimato de la información.

3.- El cuestionario será de 50 preguntas y la duración será de aproximadamente 35 minutos.

4.- Se le comunicará al entrevistado que si no quiere contestar alguna pregunta, o no desee continuar con la contestación del cuestionario se podrá retirar.

Sección I. CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE LOS PACIENTES Y DEL ENCUESTADO

La información se obtendrá de los datos obtenidos del cuestionario. Indicando fecha, turno, tipo de consulta: primera vez o subsecuente, cita previa o espontánea y el diagnóstico.

Características demográficas: se obtendrá de una entrevista con el responsable (padre, madre o responsable directo) del paciente menor de 5 años con IRA que acude a recibir atención médica en consultorio de medicina familiar en cualquier turno, de acuerdo a los criterios de inclusión. Y que se encuentren en ese momento en la Unidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I.1.- Datos personales del paciente:

I.1.a.- ¿Cuál es su género?

Masculino ☐ Femenino ☐

I.1.b.- ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Años ☐ Meses ☐

I.1.c.- ¿Cursa algún grado escolar?

☐ Ninguna
☐ Guardería
☐ Preescolar
☐ Primaria

I.2.- Datos personales del responsable (padre, madre o responsable directo):

I.2.a.- ¿Qué parentesco tiene con el niño (a)?

Familiar:

☐ Madre
☐ Padre
☐ Otro
☐ Acompañante

I.2.b.- ¿Cuál es su género?

Masculino ☐

Femenino ☐

I.2.c.- ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Años ☐

I.2.d.- ¿Hasta qué año estudio?

☐ Ninguno
☐ Sabe leer y escribir
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Preparatoria
☐ Profesional técnica
☐ Licenciatura
☐ Posgrado

I.2.d.1.- ¿Terminó de estudiar el grado que indicó?

☐ Completo ☐ Incompleto

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I.2.e.- ¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Casado (a)
- ☐ Soltero (a)
- ☐ Unión libre
- ☐ Divorciado (a)
- ☐ Viudo (a)

I.2.f.- ¿A qué se dedica actualmente?

- ☐ Hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Campesino / Jornalero (a)
- ☐ Comerciante
- ☐ Obrero (a)
- ☐ Empleado (a)
- ☐ Profesionista
- ☐ Desempleado (a)
- ☐ Jubilado (a) / Pensionado (a)
- ☐ Otros

I.2.g.- ¿Cuánto gana (n) al mes?

- ☐ Menos de $ 2,000 pesos
- ☐ Entre $ 2, 000 y $ 5 000 pesos
- ☐ Entre $ 5 000 y $ 10 000 pesos
- ☐ Entre $ 10, 000 y $ 15 000 pesos
- ☐ Más de $ 15,000 pesos

Sección II. CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Esta sección se realizo con la finalidad de conocer la percepción de la calidad de la atención médica que tienen los padres o responsables de niños menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas en el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral de Medicina Familiar en la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes, y mide 3 dimensiones: Estructura, Proceso y Resultado; en subdimensiones:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- **Estructura:** accesibilidad y disponibilidad: atención oportuna y geográficamente razonable; comodidad y seguridad.
- **Proceso:** trato digno: competencia profesional, comunicación, cortesía, privacidad, autonomía, credibilidad, equidad e integralidad.
- **Resultados:** continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia, expectativas, percepción de la calidad de atención médica, modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar y satisfacción.

Se le indicará al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentarán las hojas con la escala de Likert, con las siguientes opciones: Nunca, Muy pocas veces, Algunas veces, Casi siempre, Siempre; para otras preguntas las opciones son: Pésima, Mala, Regular, Buena, Muy buena. Otras de acuerdo al contexto de la pregunta que se desarrollan más adelante.

Las respuestas del entrevistado serán marcadas con una X, cada pregunta tendrá la codificación asignada y el encargado del proyecto codificará de la siguiente manera:

La percepción se medirá, en su mayoría, en una escala de cinco categorías de respuesta en orden de la percepción de atención más negativa a la más positiva, asignándose 1 punto por cada respuesta en orden ascendente, de esta manera la respuesta con el inciso a) 1 punto, b) 2 puntos, c) 3 puntos, d) 4 puntos y e) 5 puntos; en las preguntas 22 y 35 el puntaje será acumulativo, es decir si contesta solo un inciso se asigna 1 punto, 2 incisos 2 puntos, 3 incisos 3 puntos, 4 incisos 4 puntos y 5 incisos 5 puntos, si no responde ninguna será 0; las respuestas con solo dos opciones (dicotómicas) de si y no se medirán inciso a) 1 punto e inciso b) 2 puntos. Posteriormente se darán valores de acuerdo a la percepción de la calidad, siendo estas de 188 a 152 puntos (100 a 80%); buena percepción, de 151 – 116 (80 a 60%); puntos regular percepción y de 115 – 80 puntos (40 a 60%); mala percepción.

ESTRUCTURA

1.- ¿Cómo le resulta comunicarse a la Unidad para realizar la cita médica?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si el usuario percibe que accede fácilmente a los servicios de salud al comunicarse a la Unidad para solicitar una cita médica.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca puedo comunicarme
b) Muy pocas veces puedo comunicarme
c) Solo algunas veces he tenido dificultad
d) Casi siempre puedo comunicarme
e) Siempre puedo comunicarme

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es a) Nunca puedo comunicarme se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces puedo comunicarme se codificará 2, si la respuesta es c) Solo algunas veces he tenido dificultad se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre puedo comunicarme se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre puedo comunicarme se codificará 5.

2.- ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar entre solicitar la consulta y recibirla?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que los servicios de salud están disponibles en el momento que lo desee o necesite.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Cinco o más días
b) Cuatro días
c) Tres días
d) Dos días
e) Un día

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Cinco o más días se codificará 1, si la respuesta es b) Cuatro días se codificará 2, si la respuesta es c) Tres días se codificará 3, si la respuesta es d) Dos días se codificará 4 y si la respuesta es e) Un día se codificará 5.

3.- ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora en que le entregaron su ficha o que tenía agendada su cita, hasta que pasó a la consulta médica?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer el tiempo de espera para ser atendido en consulta.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a) Más de 1 hora
b) De entre 31 minutos a 1 hora
c) Entre 15 y 30 minutos
d) Entre 10 y 15 minutos
e) Entre 5 y 10 minutos

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Más de 1 hora se codificará 1, si la respuesta es b) De entre 31 minutos a 1 hora se codificará 2, si la respuesta es c) Entre 15 y 30 minutos se codificará 3, si la respuesta es d) Entre 10 y 15 minutos se codificará 4 y si la respuesta es e) Entre 5 y 10 minutos se codificará 5.

4.- ¿Cómo considera el tiempo de duración de la consulta médica?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe considera suficiente la duración de la consulta médica.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Pésimo
b) Malo
c) Regular
d) Bueno
e) Muy bueno

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Pésimo se codificará 1, si la respuesta es b) Malo se codificará 2, si la respuesta es c) Regular se codificará 3, si la respuesta es d) Bueno se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy bueno se codificará 5.

5.- ¿El medio de transporte (carro, camión, bicicleta, caminando u otro) que usa para llegar a la UMF 11 le parece accesible?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el medio necesario para llegar a la Unidad es accesible.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca
b) Muy pocas veces
c) Algunas veces
d) Casi siempre
e) Siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

6.- Desde su domicilio o lugar de trabajo ¿cómo considera la ubicación de la UMF 11?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que la Unidad es geográficamente razonable.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Pésima c) Regular e) Muy buena
b) Mala d) Buena

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Pésima se codificará 1, si la respuesta es b) Mala se codificará 2, si la respuesta es c) Regular se codificará 3, si la respuesta es d) Buena se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy buena se codificará 5.

7.- ¿Cómo considera la comodidad (acceso, ventilación, iluminación, señalización, mobiliario, superficie, amplitud y limpieza) de las instalaciones y los consultorios de la UMF 11?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que los aspectos físicos de la Unidad son cómodos y están limpios.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Pésima c) Regular e) Muy buena
b) Mala d) Buena

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Pésima se codificará 1, si la respuesta es b) Mala se codificará 2, si la respuesta es c) Regular se codificará 3, si la respuesta es d) Buena se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy buena se codificará 5.

8.- ¿Qué tan seguras o inseguras considera la UMF 11 en cuánto a vigilancia e instalaciones?

Explicación: con esta pregunta se pretender conocer si la persona percibe que las instalaciones y la vigilancia de la Unidad optimizan los beneficios y minimizan los riesgos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Muy inseguras
b) Inseguras
c) Ni inseguras ni seguras
d) Seguras
e) Muy seguras

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Muy inseguras se codificará 1, si la respuesta es b) Inseguras se codificará 2, si la respuesta es c) Ni inseguras ni seguras se codificará 3, si la respuesta es d) Seguras se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy seguras se codificará 5.

PROCESO

9.- ¿El médico que le atendió le pregunta y le da el tiempo suficiente para que hable sobre el problema de salud del niño (a)?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico posee las habilidades necesarias para prestarle la atención y le dedica el tiempo suficiente para hablar del problema de salud.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca
b) Muy pocas veces
c) Algunas veces
d) Casi siempre
e) Siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

10.- ¿El médico que atendió al niño (a) lo revisa de forma completa (incluyendo toma de signos vitales y peso y talla); realizando anotaciones en el expediente clínico?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestarle la atención.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

11.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explica de forma simple, clara y de fácil entendimiento el problema de salud, el tratamiento (medidas farmacológicas y no farmacológicas) que debe seguir?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico se comunica través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento, evitando vocablos que lo confundan o asusten, sobre el problema de salud y el tratamiento a seguir.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

12.- Las medidas no farmacológicas para completar la atención en el hogar que le indico el médico fueron (señalar los que menciona el paciente):

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona reconoce la medidas no farmacológicas para la atención en el hogar de los niños con IRA indicadas por el médico.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a) Mantenerla alimentación habitual, sin suspender la lactancia materna y tomar abundantes líquidos
b) Limpieza de fosas nasales
c) Evitar cambios de temperatura y humidificar el ambiente.
d) Evitar la exposición a humos en habitaciones cerradas sobretodo evitar fumar cerca del niño
e) Identificación de signos de gravedad

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si no contesta ninguna opción se codificara 0, si contesta cualquiera de los incisos a, b, c, d o e se codificara un punto para cada uno y al final se sumaran, así: a) Mantenerla alimentación habitual, sin suspender la lactancia materna y tomar abundantes líquidos se codificará + 1, si la respuesta es b) Limpieza de fosas nasales se codificará + 1, si la respuesta es c) Evitar cambios de temperatura y humidificar el ambiente se codificará + 1, si la respuesta es d) Evitar la exposición a humos en habitaciones cerradas sobretodo evitar fumar cerca del niño se codificará + 1 y si la respuesta es e) Identificación de signos de gravedad se codificará + 1.

13.- La información que recibió acerca del padecimiento del niño (a) fue:

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que la información que le otorgo el médico es clara.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Muy confusa
b) Confusa
c) Regular
d) Clara
e) Muy clara

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Muy confusa se codificará 1, si la respuesta es b) Confusa se codificará 2, si la respuesta es c) Regular se codificará 3, si la respuesta es d) Clara se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy clara se codificará 5.

14.- ¿Considera que el médico que atiende al niño (a) fue amable y respetuoso?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico demuestra una actitud amable y respetuosa

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

15.- ¿El médico que atiende al niño (a) se muestra interesado en el problema de salud del niño (a)?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico es capaz de reconocer y comprender sus sentimientos y se muestra interesado en el problema de salud.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

16.- ¿Cómo considera la relación con su médico familiar?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer la percepción de la persona sobre la relación médico – paciente.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Pésima c) Regular e) Muy buena
b) Mala d) Buena

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Pésima se codificará 1, si la respuesta es b) Mala se codificará 2, si la respuesta es c)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Regular se codificará 3, si la respuesta es d) Buena se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy buena se codificará 5.

17.- ¿El médico que le atendió revisó al niño (a) en privado?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico revisa al niño en confidencialidad y un espacio reservado, fuera de la vista de los demás.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

18.- ¿El médico que atendió al niño (a) con infección respiratoria aguda le permite opinar acerca de las decisiones sobre la salud del paciente?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico respeta su capacidad de decidir y opinar sobre el diagnostico y tratamiento del problema de salud.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

19.- ¿Confía usted en lo que el médico le instruye acerca del padecimiento del niño (a) (etiología, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y pronóstico)?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico se dirige con honestidad tanto en sus palabras como en sus actos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

20.- Cuando el médico le prescribe algún antibiótico para la infección respiratoria aguda del niño (a) ¿lo considera necesario?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe necesaria la prescripción de algún antibiótico para el tratamiento del niño con IRA.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

21.- ¿Considera que el personal de salud de la UMF 11 le trata a usted y al niño (a) de igual manera que a otros usuarios?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el trato del personal de salud de la Unidad no hace diferencias por género, raza, etnicidad, localización geográfica ó nivel socioeconómico.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

22.- ¿El médico que atendió al niño (a) revisó su esquema de vacunación completo?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico atiende al niño de manera integral.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca
b) Muy pocas veces
c) Algunas veces
d) Casi siempre
e) Siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

23.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explicó cómo prevenir las infecciones respiratorias agudas, los cuidados curativos y en domicilio, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico promueve la promoción, prevención, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca
b) Muy pocas veces
c) Algunas veces
d) Casi siempre
e) Siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RESULTADOS

24.- ¿El médico que atendió al niño (a) le explica de forma simple, clara y de fácil entendimiento los signos de alarma y la identificación de dificultad respiratoria, en caso de complicación de la infección respiratoria aguda?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que el médico le informa adecuadamente los signos de alarma del niño con IRA.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca
b) Muy pocas veces
c) Algunas veces
d) Casi siempre
e) Siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

25.- Los signos de alarma que podría presentar el niño (a) que le mencionó el médico fueron (señalar los que menciona el paciente):

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona identifica los signos de alarma más importantes indicados por el médico.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Salida de pus por el oído
b) No come o no bebe
c) Se ve más enfermo
d) Fiebre
e) Respiración rápida o no puede respirar

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si no contesta ninguna opción se codificara 0, si contesta cualquiera de los incisos a, b, c, d o e se codificara un punto para cada uno y al final se sumaran, así: a) Salida de pus por el oído se codificará + 1, si la respuesta es b) No come o no bebe se codificará + 1, si la respuesta es c) Se ve más enfermo se codificará + 1, si la respuesta es d) Fiebre se codificará + 1 y si la respuesta es e) Respiración rápida o no puede respirar se codificará + 1.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

26.- ¿El médico que atendió al niño (a) le indica solicitar una próxima cita para revisión?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que la atención médica se otorga con secuencia, dentro de un propósito general, evitando repeticiones, suspensiones, y limitaciones innecesarias de evaluación, diagnostico o tratamiento.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

27.- ¿Considera que la consulta médica integral recibida logrará un cambio positivo en la salud del niño (a)?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que la consulta médica integral mejora el estado de salud individual.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

28.- ¿Cree usted que la atención integral que se brinda en la UMF 11 es importante para mejorar la salud de la población?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que la consulta médica integral mejora el estado de salud de la población que la recibe, basada en sus necesidades.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

29.- ¿Considera que era necesario la realización de más exámenes clínicos o auxiliares de diagnostico (rayos X y estudios de laboratorio) para el estudio de la infección respiratoria aguda del niño (a)?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que en la atención médica se aplican las normas, especificaciones y tecnología de manera que logra los resultados deseados en la salud del paciente.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

30.- ¿En la farmacia de la UMF 11 se le surten completos los medicamentos recetados por el médico para el tratamiento del niño (a) con infección respiratoria aguda?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si la persona percibe que se le suministra atención óptima con los recursos con los que se cuenta.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

31.- En general, ¿la atención médica que recibió cumplió con lo que usted esperaba recibir?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer si las expectativas de la persona se cumplieron.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Nunca c) Algunas veces e) Siempre
b) Muy pocas veces d) Casi siempre

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Nunca se codificará 1, si la respuesta es b) Muy pocas veces se codificará 2, si la respuesta es c) Algunas veces se codificará 3, si la respuesta es d) Casi siempre se codificará 4 y si la respuesta es e) Siempre se codificará 5.

32.- Usted percibe que la atención médica brindada al niño menor de 5 años con IRA es:

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer las creencias o ideas de la persona, con respecto al servicio recibido o experimentado.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Pésima c) Regular e) Muy buena
b) Mala d) Buena

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Pésima se codificará 1, si la respuesta es b) Mala se codificará 2, si la respuesta es c) Regular se codificará 3, si la respuesta es d) Buena se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy buena se codificará 5.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

33.- ¿Cómo considera la preparación profesional de su doctor?

Explicación: con esta pregunta se pretende conocer la percepción de la persona respecto a la preparación profesional del médico.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Pésima c) Regular e) Muy buena

b) Mala d) Buena

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Pésima se codificará 1, si la respuesta es b) Mala se codificará 2, si la respuesta es c) Regular se codificará 3, si la respuesta es d) Buena se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy buena se codificará 5.

34.- ¿Conoce en qué consiste el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral Medicina Familiar llevado a cabo en está UMF 11?

Explicación: con esta pregunta se pretende determinar si la persona conoce el Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral Medicina Familiar llevado a cabo en la Unidad en la que solicita atención médica

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) No b) Si

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) No se codificará 1, si la respuesta es b) Si se codificará 2.

35.- ¿Conoce a los integrantes del equipo transdisciplinario del Modelo de Fortalecimiento de Atención Integral Medicina Familiar implementado en está UMF 11?

Explicación: con esta pregunta se pretende determinar si la persona conoce los integrantes del equipo transdisciplinario, coordinados y liderados por el médico familiar.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) No b) Si

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) No se codificará 1, si la respuesta es b) Si se codificará 2.

36.- ¿Alguna vez ha presentado quejas en la UMF 11?

Explicación: con esta pregunta se pretende determinar si la persona se encuentra satisfecha con el servicio recibido por lo tanto, si ha presentado quejas.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Si b) No

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Si se codificará 1, si la respuesta es b) No se codificará 2.

37.- Regresaría a la UMF 11 para atención del niño (a) menor de 5 años con IRA con:

Explicación: con esta pregunta se pretende determinar si la persona volvería a solicitar atención médica en la Unidad.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Mucho desagrado c) Indiferencia e) Mucho agrado
b) Desagrado d) Agrado

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Mucho desagrado se codificará 1, si la respuesta es b) Desagrado se codificará 2, si la respuesta es c) Indiferencia se codificará 3, si la respuesta es d) Agrado se codificará 4 y si la respuesta es e) Mucho agrado se codificará 5.

38.- ¿Recomendaría a la UMF 11 a un familiar o amigo para recibir atención médica?

Explicación: con esta pregunta se pretende determinar si la persona recomendaría la Unidad, pues sus expectativas fueron cubiertas.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) No b) Si

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) No se codificará 1, si la respuesta es b) Si se codificará 2.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

39.- ¿Por qué no recomendaría la UMF 11?

Explicación: con esta pregunta se pretende determinar la causa (si es que la hay) por la que persona no recomendaría la atención médica en la Unidad.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Lo trataron mal y/o no le informaron adecuadamente
b) Espero mucho tiempo
c) No estuvo de acuerdo con el diagnostico y/o tratamiento
d) No le suministraron los medicamentos completos
e) Ninguna de las anteriores

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si es a) Lo trataron mal y no le informaron adecuadamente se codificará 1, si la respuesta es b) Espero mucho tiempo se codificará 2, si la respuesta es c) No estuvo de acuerdo con el diagnostico y/o tratamiento se codificará 3, si la respuesta es d) No le informaron adecuadamente se codificará 4 y si la respuesta es e) Ninguna de las anteriores se codificará 5.

40.- En general, ¿qué tan satisfecho está con el trato que recibió en la atención médica del niño (a) con infección respiratoria aguda en la UMF 11?

Explicación: con esta pregunta se pretende determinar si la persona se encuentra satisfecha con la atención médica recibida, pues sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas.

Codificación: la codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

a) Muy insatisfecho
b) Insatisfecho
c) Mas o menos insatisfecho
d) Satisfecho
e) Muy satisfecho

Para la encargada del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es: a) Muy insatisfecho se codificará 1, si la respuesta es b) Insatisfecho se codificará 2, si la respuesta es c) Mas o menos insatisfecho se codificará 3, si la respuesta es d) Satisfecho se codificará 4 y si la respuesta es e) Muy insatisfecho se codificará 5.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS