

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL
GENERAL MARIA IGNACIA GANDULFO

TRABAJO DE INVESTIGACION PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE LICENCIATURA DE ENFERMERIA

TESIS COLECTIVA

Presenta

Jennifer Carbajal Mauricio

Asesor: E.E.C.C Marcos Jhodany Arguello Gálvez

TITULO

Agradecimiento y dedicatoria

Índice General

Introducción

Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de salud nos dice que:

Organización Mundial de Salud (OMS) define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". (Molina, 2016)

La Organización Mundial de la salud expone lo siguiente:

De acuerdo con la OMS la calidad de la asistencia sanitaria es que cada paciente reciba las atenciones necesarias, teniendo en cuenta los factores y conocimientos necesarios del paciente. Durante mucho tiempo se ha buscado la manera de que los servicios de salud se den de una forma correcta y para llegar a esos resultados se han creado modelos y teorías para proporcionar una buena calidad. Murray y Zenther (1975) "La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte" Su preocupación por un entorno saludable no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacían referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados. (Blogger, 2014)

Expresa la Revista Médica Clínica Las Condes que:

Enfermería entiende que la salud de la población y las desigualdades que ésta posee, se conceptualizan en un modelo de sistemas complejos, con elementos interdependientes en varios niveles dentro de un todo conectado. Esta perspectiva sugiere que los efectos variados sobre la salud, tales como los factores socioeconómicos, culturales, ambientales, sociales, del

comportamiento y efectos biológicos, interactúan en la generación de resultados en la salud de la población. Para mejorar estos resultados, el comportamiento de los individuos debe ser reconocido como un elemento esencial y, por lo tanto, las intervenciones sin una amplia comprensión de esa complejidad significarían ignorar una parte clave de la ciencia del cuidar. (PhD, 2018)

Según la Organización panamericana de salud nos dice que:

Por la falta de una buena atención hacia la salud y un defecto en la comunicación entre paciente -personal de salud existe una mayor incidencia en que las personas lleguen a presentar enfermedades agudas o crónicas, presenten embarazos no deseados, mortalidad. La transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas degenerativas afecta a la sociedad e impacta significativamente al Sistema de Salud. México tiene una de las mayores prevalencias de obesidad y sobrepeso infantil en el mundo y más de 70% de sus adultos tiene sobrepeso. En 2013, el presidente de México lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México también enfrenta el reto de la carga de morbilidad y mortalidad producida por lesiones por causa externa. (OPS/OMS, s.f.)

Secretaria de salud enuncia:

En base a la OPS y la OMS se observa que México existe problemas en desorden alimenticio. Durante última década la mortalidad ha ido cambiando por su frecuencia más que por sus causas. Así, desde el año 2000 hasta 2017 las enfermedades del corazón han incrementado en 64%, la diabetes en 82%, los cánceres en 44%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 66%, la neumonía e Influenza en 39%, los homicidios en 122% y los suicidios en 33%. Por el contrario, las tasas han decrecido por causas perinatales en 47%, bronquitis crónica en 44%, la desnutrición en 37% y las malformaciones en 24%. (secretaria de salud, 2019)

Referente a la secretaria de salud la mortalidad en la población ha ido cambiando, presentando estadísticas sobre algunas enfermedades que durante la década de 2000 a 2017 se ha presentado con mayor frecuencia.

Cuando no se realizan las técnicas y/ o procedimientos de una forma adecuada pueden traer consecuencias para la población, como por ejemplo no identificar diagnósticos oportunos, terapias inconclusas, prevención y promoción de enfermedades inequívoco. Pero no solo es los procedimientos si no también en la información que se les debe de proporcionar para una prevención efectiva.

El sector salud consta de 3 niveles de atención en las cuales realizan diversas actividades, en el primer nivel de atención se deben de dar informaciones efectivas y de excelencia porque de ahí se basa la atención de la salud, este nivel está más allegada a las personas, existe un contacto más directo. Tratar con diversas culturas puede ser dificultoso por las diferentes formas de pensar.

Las personas de dicho Hospital no reciben la suficiente atención que necesitan, la información que se les brinda a los niños y niñas, adolescentes, mujeres embarazadas y adultos mayores son muy escasas. En base a los datos encontrados y a experiencias personales nos hacemos la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la calidad de los servicios de salud en el hospital general Ma. Ignacia Gandulfo, en un periodo de enero-abril del?**

Pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de los servicios de salud en el hospital general Ma. Ignacia Gandulfo, en un periodo de enero-abril del?

Justificación

El tema del que hablaremos es calidad de los servicios en la salud, el proyecto a tratar se realizara en el hospital general de Comitán. Elegimos este tema ya que nos pareció interesante, por la zona geográfica en se encuentra y por los

múltiples factores que hace que esa ubicación sea de interés para nosotras, sobre todo ver si se brinda una atención de calidad en las diferentes áreas de salud.

En muchas partes de Chiapas no se les brinda una atención de calidad a las personas por las partes en donde no se les proporciona los materiales necesarios para una buena atención, también puede influir la zona geográfica, nivel de estudios de las personas y la información ineficiente que pueden llegar a proporcionar el personal de salud. La calidad no es simplemente dar una atención buena, si no ver y comprobar que el paciente se encuentra satisfecho con la atención que se le brinda.

Las personas de comunidades cercanas no cuentan con recursos suficientes para trasladarse a otros centros de salud, tampoco cuentan con una partera certificada para la atención de las mujeres embarazadas, para que esto sea posible tienen que trasladarse a Comitán de Domínguez para ser atendidas.

Existe una demanda de adolescentes que se embarazan a corta edad (un rango de edad de 12 años en adelante), esto se debe al desabasto de información de las personas y las costumbres que viene arraigando desde mucho tiempo. La promoción a la salud en base a planificación familiar sería un buen comienzo para concientizar sobre lo que pasa hoy en día.

Otro punto para tratar es la alimentación e higiene ya que no cuentan con agua potable, como tampoco hierven el agua para su consumo es por eso que han surgido alteración en la salud, como enfermedades gastrointestinales.

A condición de que estos problemas se han presentado decidimos investigar un poco más sobre lo que está sucediendo en una población pequeña con una

atención de un primer nivel de atención e identificar las causas principales que hoy en día aún estamos observando.

Objetivos

General:

Conocer la calidad de los servicios en el hospital general de Comitán Chiapas, en un periodo

Específicos

- Conocer la cantidad y calidad de los insumos proporcionados al hospital general Ma. Ignacia Gandulfo
- Buscar valores para incitar a los profesionales para una atención con calidad
- Encontrar los factores que influye en una defectuosa comunicación entre el personal de salud y pacientes

Capítulo II

Marco teórico

I.II Antecedentes históricos

Secretaria de salud manifiesta:

Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Como ejemplo, respecto al quehacer oftalmológico, los artículos del 215 al 223 tratan de los honorarios y las penalizaciones profesionales del médico. (Secretaría de Salud, 2012). Se han buscado formas de resguardar al enfermo con leyes una de las primeras es el Código de Hammurab esta es para fomentar el bienestar entre las personas.

Secretaria de salud explica que:

Tanto en Grecia como en Roma, el ejercicio de la Medicina fue una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a ella ningún título ni diploma, sino sólo la bienvenida del público. El Juramento Hipocrático señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo. (Secretaría de Salud, 2012). Nos hace referencia que para poder dar la actividad social de Medicina no se necesitaban de títulos o diplomados para ejercer dicho servicio, si no solo con la bienvenida del público

Secretaria de salud “Hacia 1893, en México se fundó la primera sociedad médica especializada, la Sociedad Mexicana de Oftalmología, y en 1898 apareció su revista.” Secretaria de salud “En 1944 se inician las autopsias y con ello, los estudios histopatológicos. Los avances en la bacteriología y la fundación de los institutos especializados contribuyen a mejorar la calidad de la atención. (2012)”

La secretaria de salud dice que:

Con el propósito de equiparar y controlar la calidad de los productos en el ámbito industrial, desde 1947 se ha venido desarrollando y modernizando el sistema “International Standards Organization” (ISO), con el que se pretende que existan las condiciones para garantizar y homologar la calidad a nivel industrial, mismo que se ha tratado de adaptar al entorno médico, todavía con poco éxito. Como señala el doctor Saturno: “[...] el sistema ISO permite saber

que la calidad es posible, pero no la garantiza; su enfoque está dirigido principalmente a los aspectos formales y estructurales del sistema de gestión de calidad, no a la calidad de los servicios en sí. En España, su principal representante ha sido la Asociación Española de Normalización (AENOR), con base en el Sistema ISO 9001:2000. (Secretaría de Salud, 2012)

Durante los años la atención a la salud ha ido creciendo, en 1994 inician los estudios histopatológicos con la finalidad de realizar diagnósticos de enfermedades, contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

Indica la secretaria de salud que:

Una línea de trabajo importante es la de la autoevaluación del nivel de excelencia empresarial, que surgió gracias a las convocatorias para la obtención de los premios a la excelencia. En Japón surgió el Premio Deming; en los Estados Unidos, el Premio Malcom Baldrige y después en Europa, el Premio Europeo a la Calidad, auspiciado por la European Foundation for Quality Management. En ellos se pretende que, a través de la autoevaluación, se pueda contar con un diagnóstico situacional de las organizaciones, conocer sus problemas y puntos débiles a fin de trabajar para su mejora continua, hasta lograr la excelencia en satisfacción de clientes y empleados, efectos benéficos en la sociedad y resultados óptimos de la empresa. El Sistema desarrollado por la European Foundation for Quality Management tiene muchas similitudes con la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica, mismos que ya aplicaba el IMSS en México desde 1983. (secretarías de salud, 2012)

Secretaría de salud comunica que:

En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996. La CONAMED enfoca a la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos. El enfoque dado por la CONAMED a la calidad de la atención, mediante el análisis de los problemas por mala calidad, fue reforzado ampliamente por la publicación que hiciera el Instituto de Salud de los Estados Unidos de América, del ya clásico *To err is human. Building a safer health system*, donde se señala

que en ese país ocurren de 44,000 a 88,000 muertes al año por errores médicos, en su mayoría prevenibles. (Secretarías de salud, 2012)

Conforme la secretaria de salud, la CONAMED se enfoca a la calidad de la atención médica desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes.

I.III Calidad de servicios en salud en México

Para Phil Crosby (Crosby, 1979), “la calidad es: Ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos.”

Según Eduardo A Revilla-Rodríguez y Claudia Pimentel-Roque en el artículo de revista Calidad de los Servicios de Salud explica:

En el IMSS, en México, los trabajos en pro de la calidad de la atención médica se iniciaron en el entonces recién inaugurado Hospital «La Raza» mediante la revisión de expedientes clínicos; los esfuerzos se vieron concretados en 1962 en la Subdirección General Médica con la edición del documento Auditoría médica que sirvió de inspiración a otras instituciones del sector salud para establecer sus propios instrumentos de autoevaluación. (Eduardo A Revilla-Rodríguez, 2012)

En base a la Subdirección General Médica dice que establecen sus propios instrumentos de autoevaluación.

Según el artículo de revista de Eduardo A Revilla-Rodríguez y Claudia Pimentel-Roque enuncian que:

En México, pues, desde hace 12 años se ha iniciado una preocupación real por establecer un programa de calidad en los servicios de salud federal, desde el primer nivel de atención y hasta los hospitales de alta complejidad. En el sexenio que está por terminar, este programa se denominó SICALIDAD y tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar

directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención. En este sentido, el programa busca la participación de todas las instituciones de salud del país: ISSSTE, IMSS,

Servicios de Salud de PEMEX, SEDENA y MARINA. (Eduardo A Revilla-Rodríguez, 2012)

Concorde SICALIDAD y tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención. Desde un primer nivel a tercer nivel.

Lo que se quiere lograr en los últimos tiempos es mejorar la atención de salud en nuestro país, proporcionando cuidados de calidad y excelencia.

I.IV. Causas de una mala atención en salud

Franco, Benjamín Pérez expone:

Los factores determinantes de la atención deficiente residen en tres dominios principales: dinero y finanzas; conocimiento, sesgo e incertidumbre; y el poder y las relaciones humanas. Los factores determinantes operan en contextos específicos y contribuyen a la calidad y cantidad general de la atención prestada. Estos contextos pueden ser mejor entendidos como diferentes niveles en un ecosistema de prestación de atención: global; nacional, legal, regulatorio y cultural; regional, institucional y social; y el locus individual de la relación médico- paciente. (Franco, 2019)

De acuerdo con el doctor Benjamín Pérez Franco los factores determinantes de la atención residen de factores principales los cuales son dinero y confianza, conocimiento, sesgo e incertidumbre; y el poder y las relaciones humanas

Según Benjamín Pérez en el documento de sitio web la Información fiable de salud declara:

Múltiples determinantes de la mala atención interactúan a lo largo de este ecosistema. Nuestro objetivo es delinear un cuadro de navegación para

abordar este problema fundamental de la atención médica moderna. La reducción de la atención deficiente requerirá un esfuerzo bien contextualizado, multidimensional y concertado por parte de los profesionales de la salud, los responsables políticos y el público. Las definiciones anteriores de calidad de la atención se han centrado en los resultados de salud basados en la evidencia de individuos y poblaciones que incorporan las preferencias de los pacientes. (Franco, 2019)

EL doctor Benjamín menciona que la reducción de la atención deficiente requerirá un esfuerzo bien contextualizado, multidimensional y concertado por parte de los profesionales de la salud, los responsables políticos y el público.

El Centro de Estudios Sociales dice que:

Existe coincidencia en señalar que la baja calidad de la atención médica en México se ha debido fundamentalmente al limitado acceso de la población a los servicios de salud, situación derivada de problemas geográficos, económicos y administrativos, así como a la creciente insatisfacción de los usuarios al respecto. (Centro de Estudios Sociales, 2017)

Centro de Estudios Sociales hace referencia que la mala calidad en atención medica en México por factores como la economía, problemas geográficos entre otros.

I.V. Consecuencias de una mala atención en salud

Según la organización médica legal de España:

La construcción de servicios de salud de calidad requiere una cultura de transparencia, compromiso y apertura sobre los resultados, que debe promoverse en todas las sociedades, según se indica. Al respecto, las organizaciones aconsejan a los países impulsar políticas y estrategias nacionales sólidas de calidad de la atención de la salud, enfocarse en la asistencia competente y en la experiencia del usuario para garantizar la confianza en el sistema, además de formar a los ciudadanos para que participen en la toma de decisiones que afecten a su salud, entre otras estrategias (ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGAL DE ESPAÑA, 2021)

Referente a la Organización médica colegial de España de calidad requiere una cultura de transparencia, compromiso y apertura sobre los resultados, que debe promoverse en todas las sociedades, según se indica.

Según el artículo de Ana García:

En México aproximadamente cinco millones de personas presentan un nivel muy bajo o nulo de acceso a instituciones de salud pública debido a que viven en comunidades aisladas o cercanas a carreteras, de acuerdo con cifras del Coneval. (Los retos para mejorar el sistema de salud pública en México, 2021)

De acuerdo al Coneval, las comunidades aisladas, cinco millones de personas no tienen acceso a una buena salud.

Lancet Global Health Comission expone que:

En salud, una atención de calidad es tan importante, que su ausencia tiene repercusiones no solamente sobre la eficiencia del sistema de salud o la percepción que los ciudadanos tienen de él, sino que, literalmente, puede costarles la vida. Un nuevo reporte del Lancet Global Health Comission sobre los sistemas de salud de alta calidad revela que en los países de pequeños y medianos ingresos que son la mayoría en América Latina y el Caribe mueren más de 8 millones de personas por enfermedades que pudieran ser perfectamente tratables por los sistemas de salud. De acuerdo con el reporte, 60% de las muertes que podrían haberse tratado médicamente son consecuencia de una baja calidad de atención. Cabe reparar por un momento sobre las implicaciones: la mala calidad de la atención de salud es, actualmente, un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que la falta de acceso a servicios de salud. (Calderon, 2018)

Al igual reporta que 60% de las muertes que podrían haberse tratado médicamente son consecuencia de una baja calidad de atención.

ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGAL DE ESPAÑA explica:

El informe exige medidas urgentes por parte de los gobiernos, los médicos, los pacientes, la sociedad civil y el sector privado para ayudar a ampliar rápidamente los servicios de salud de calidad para la cobertura universal de salud. "Sin servicios de salud de calidad, la cobertura universal de salud seguirá siendo una promesa vacía. Los beneficios económicos y sociales son claros y necesitamos ver un enfoque mucho más fuerte en invertir y mejorar la

calidad para crear confianza en los servicios de salud y brindar a todos acceso a servicios de salud de alta calidad y centrados en las personas", señaló el secretario general de la OCDE, Ángel Gurría. (ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGAL DE ESPAÑA, 2021)

El secretario general de la OCDE, Ángel Gurría menciona que Los beneficios económicos y sociales son claros y necesitamos ver un enfoque mucho más fuerte en invertir y mejorar la calidad para crear confianza en los servicios de salud.

I.V.I. CAPA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.

La secretaria de salud nos dice que:

La literatura en salud nos refiere a que la base de la atención a salud es la atención comunitaria que junto con la atención ambulatoria (primaria y de especialidad) solventan el 80 a 85 % de la problemática de salud. En consecuencia, la demanda de atención de hospitalización (básica o de especialidad) solo comprende el 15% restante; situación que reduciría la demanda de este tipo de atención. Con el fin de hacer costeables la implementación de servicios más complejos es preciso agrupar poblaciones hasta lograr una demanda de servicios constante que permita un beneficio sostenido de las inversiones que se realicen. Lo anterior produce una concentración de la oferta de servicios de atención hospitalaria, en ubicaciones que cumplen con los criterios de población establecidos en los indicadores de infraestructura en salud actuales. (secretaria de salud, 2019)

I.VI. Estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud

Sara, José Carlos Del Carmen explica:

El visibilizar la dimensión ética del desafío por alcanzar la CUS, confronta a los países a sincerar su verdadera voluntad por impulsar este proceso a pesar de la limitación de sus recursos, obligando a priorizar con criterios de equidad, la identificación y canalización de los recursos necesarios para su efectiva y sostenible implementación; de este planteamiento se derivaron cinco conclusiones, que la comisión considera deben tomarse en cuenta en el diseño de estrategias de mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud, en países de bajos y medianos ingresos (Sara, SciELO, 2019)

Conforme José Carlos Del Carmen Sara la limitación de sus recursos, obligando a priorizar con criterios de equidad, la identificación y canalización de los recursos necesarios para su efectiva y sostenible implementación.

Comunica Sara, José Carlos Del Carmen:

La importancia de la medición de resultados y de una adecuada comunicación en salud también es relevada, al señalar que «los sistemas sanitarios deben medir y comunicar aquello que más les importa a los ciudadanos»; ello implica hacer visible los logros y mejoras en los mejores prestadores, impulsando los procesos de acreditación y reconocimiento a dichos establecimientos, función que fue asignada a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en el 2013, pero luego retornada al MINSA tres años después, a la par que se decidió retirar la Dirección de Calidad de la estructura orgánica del ministerio, debilitando una función que estaba inscrita en la Política de Gestión de la Calidad en Salud, impulsada desde el 2002 (Sara, SciELO, 2019)

Proporcionar una buena información sobre lo más relevante en la sociedad es fundamental para una buena comunicación entre el personal de salud y el paciente.

Según SCIELO Salud pública:

El enfoque de calidad como medio y fin para una mejora en el sistema de salud. La necesidad de incorporar el enfoque de calidad, como eje orientador para la mejora de los sistemas del PBMI, así como la adopción de medidas que lleguen alcanzar a todo el sistema, implica para la CLSG, el desarrollo de cuatro acciones fundamentales. (Sara, SCIELO, 2019)

Según SCIELO Salud pública:

Liderazgo en la gestión. Los directivos de los sistemas sanitarios deben regirse por la búsqueda de calidad, el involucramiento de las autoridades sanitarias y no solo de los equipos técnicos, es indispensable para construir y sostener una visión compartida de la calidad asistencial, ello implica promover el compromiso y liderazgo de los responsables de la gestión de los servicios, así como de las autoridades políticas y de las instituciones de salud, se ha venido

incorporando un especial énfasis en acciones que buscan prevenir los riesgos que conllevan a una mala atención identificándolo conjuntamente con los responsables de la gestión sanitaria, con el objeto de instaurar planes de mejora que evita la aplicación de multas y cuadyuven a la mejora de los servicios en beneficios de los ciudadanos. Se deben rediseñar la presentación de servicios para optimizar los resultados sanitarios en lugar de centrarse únicamente en el acceso geográfico en los servicios. Se ha utilizado un importante esfuerzo en las últimas 3 décadas con el fin de aproximar los servicios de salud hacia la mayor parte de la población; sin embargo, la dispersión y escasa planificación en esta área, derivo en una débil presencia con una escasa capacidad resolutive ocasionando poca credulidad en la última de este primer contacto, conllevando a abarrotar los hospitales con una demanda que bien podría ser resuelta en un primer nivel de atención. Recuperar o construir un lazo de confianza, con esa puerta de entrada al sistema de servicio de salud, implica: rediseñar el modelo, romper las barreras entre los diferentes subsectores, generar mecanismos de interoperabilidad, que permitan construir verdaderas redes integradas de servicio de salud, que brinden una atención primaria concebida con criterios de integralidad y continuidad en el proceso, en los diferentes niveles de atención. (Sara, SciELO, 2019)

En base a los estudios de campo se puede concientizar la falta de atención de salud para la comunidad mediante esto se buscan opciones para corregir la falta de atención. Esta puede ser la solicitud de las autoridades de la colonia José María Morelos hacia la dependencia de salud correspondiente para el ingreso de más personal médico, insumos para la clínica, equipo médico para la mejora atención para nuestros pobladores.

Según el artículo de Ana García:

Mejorar la accesibilidad física y económica a la salud, aumentar la infraestructura en instituciones especialmente en las regiones rurales, fomentar la educación para la salud y mejorar la calidad son algunas de las problemáticas en el sistema de salud, sugiere el Coneval. (Los retos para mejorar el sistema de salud pública en México, 2021).

I.VI.I. Participación y organización comunitaria

La secretaria de salud expone:

La participación y organización comunitaria busca crear vínculos formales con las comunidades para que sean aprovechados los recursos disponibles y lograr entornos sanos para las personas, las familias e incluir la participación en la toma de decisiones. (secretaria de salud, 2019)

Solicitar campañas de mejoramiento de la salud mediante pláticas para toda la comunidad, adultos mayores, mujeres embarazadas, niños y adolescentes, personas con enfermedades crónicas degenerativas.

La secretaria de salud dice que:

Referente a la estancia del personal de salud, ofrecerle por parte de la comunidad un dormitorio o una pequeña vivienda para no dejar en desamparo a la comunidad después de la hora de servicio o bien solicitar a las dependencias correspondiente, personal médico de guarda para no dejar desvalidos a la comunidad por las noches.

Se contemplan las siguientes áreas de interés:

1. Equipos multidisciplinarios de salud.
2. Apoyo a las personas en la toma de decisiones basadas en evidencia para el fortalecer el autocuidado.
3. Implementación de acciones de capacitación, educación y apoyo por parte de los equipos multidisciplinarios para desarrollar habilidades para identificar y resolver problemas, establecer metas y crear planes para mejorar la salud de la comunidad.
4. Identificar a las organizaciones que otorgan atención a la salud en las comunidades.
5. Identificar y promover vínculos con organizaciones sociales y culturales.
6. Participación de la comunidad organizada a través de un comité electo en la toma de decisiones de creciente complejidad. (secretaria de salud, 2019)

Buscar la opción de solicitar una unidad de transporte médico, para cubrir urgencias cuando se requieran en la comunidad y no perder vidas humanas.

II.VI. II. ENTORNOS SALUDABLES

La secretaria de salud nos menciona:

Es una estrategia para prevenir riesgos, daños, conservar y fortalecer la salud; a la par, de empoderar a la población para ejercer su ciudadanía, esto es, ejercer sus derechos políticos, sociales y culturales para participar en la vida pública. (secretaría de salud, 2019)

La secretaria de salud dice:

Interpretando estos resultados, secretaria de salud (2019) sugiere que “Los elementos, hasta ahora identificados, de especial atención para favorecer entornos saludables son:

1. El abasto o cuidado de la comida, agua y vivienda.
2. El manejo de la basura.
3. Plaguicidas y otras sustancias nocivas ambientales.” Coordinación Sectorial expone:

La articulación del SNS en los servicios de salud genera: a) Aumento de los puntos de primer contacto a los servicios sin importar el tipo de condición laboral;

b) Mejor acceso a servicios de mayor complejidad; c) Uso racional y eficiente de los recursos disponibles para el sector; d) Diagnósticos oportunos y tratamientos precoces para mejorar la condición de salud de las personas con los servicios recibidos; e) Atención Médica continúa desde la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control y rehabilitación que las personas requieren para la protección de la salud. (secretaría de salud, 2019)

Coordinación Intersectorial explica:

Las alianzas entre sectores, institutos, comunidades y familias deben contribuir a ofrecer la atención y servicios de salud necesarios a las personas, sobre todo a los más pobres, mediante actividades centradas en la persona, familia y comunidad fundamentadas por políticas nacionales multisectoriales y recursos adecuados. (secretaría de salud, 2019)

II.VI.III EDUCACIÓN CONTINUA Y CAPACITACIÓN

Así, este componente considera tres partes fundamentales para el óptimo desempeño de los DS: 1. Formación y educación continua, de aquellos que laboran en cada DS, desde el ámbito administrativo. 2. Capacitación para los prestadores de servicios, es decir, aquellos que tienen contacto directo con las personas para el proceso de atención. 3. Capacitación de los miembros de la comunidad, a fin de proporcionar elementos para una participación activa e informada de ellos. (secretaria de salud, 2019)

“Las etapas básicas para llevar a cabo el proceso de formación y educación Continua de cada uno de los miembros que conformen el DS son:”



I.VI.IV Monitoreo, evaluación y seguimiento.

La secretaria de salud (2019) “El monitoreo, evaluación y seguimiento son los instrumentos para la conducción y orden de las funciones y actividades en los DS.”

La secretaría de salud dice:

La evaluación es uno de los elementos fundamentales del proceso de planeación que permite alcanzar los objetivos y metas, garantizando el uso racional y justo de los recursos. Resulta indispensable des estigmatizarlo ya que, en la actualidad, la evaluación se ubica como un proceso de fiscalización más que como un elemento de conducción y orden. (secretaria de salud, 2019)

La secretaría de salud comunica:

Se espera lograr con la colaboración de los servicios estatales de salud, no solo un cambio en la organización de los servicios y del modelo de atención sino también lograr que la evaluación conviva de manera natural con todos los tomadores de decisiones, los operadores de los sistemas y los prestadores de servicios de salud a la población. Para ello se propone una serie de indicadores que contemplen elementos de la estructura de los servicios de salud, de los procesos que allí se desarrollan y de los resultados que se obtengan en cada DS. (secretaria de salud, 2019)

I.VI. V GESTIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Expone la secretaria de salud que:

Las RISS integrarán las redes comunitarias y de atención de los diferentes prestadores de servicios garantizando el continuo de la atención. La finalidad de este componente del DS es gestionar los recursos para garantizar la ruta de atención médica continua desde las redes de atención comunitaria hasta las redes de atención de salud (institucional) para dar respuesta a las necesidades de atención de la población. (secretaria de salud, 2019)

I.VI.VI Conservación y mantenimiento

La secretaria de salud manifiesta:

La Conservación y Mantenimiento es el conjunto de actividades técnicas y administrativas a desarrollar en inmuebles, sistemas, instalaciones y equipos, con la finalidad de que éstos recuperen, mantengan y ofrezcan los productos o servicios para los cuales fueron diseñados dentro de un marco de seguridad, continuidad, eficiencia y economía. (secretaria de salud, 2019)

La secretaría de salud asevera:

Los DS deben promover y realizar las gestiones correspondientes para que en sus unidades se lleven a cabo programas y rutinas de mantenimiento, para minimizar los paros no programados y preservar la Infraestructura física (inmuebles y equipos) en condiciones óptimas de operación, los cuales, en la mayoría de los casos representan un costo menor de recursos financieros. (secretaria de salud, 2019)

I.VI.VIII CAPA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

La secretaria de salud:

Es importante contar con una estrategia desde los servicios de salud, para identificar la cultura local, las interrelaciones comunitarias, los vínculos y redes sociales, los diferentes actores, sus expectativas y necesidades, así como una estrategia para su vinculación con la red de servicios y fortalecer las redes sociales comunitarias. (secretaria de salud, 2019)

La secretaria de salud:

Por esta razón, se considera indispensable que la atención a la salud, se enmarque en un contexto comunitario de tal manera que se contemple la estructura de la red comunitaria que sostiene la salud del individuo. Esta capa está conformada por las redes sociales de la comunidad donde pueden coexistir diferentes actores tales como autoridades locales y municipales, maestros, grupos religiosos, organizaciones sociales, Consejos de Ancianos y organizaciones comunitarias, comités de salud, auxiliares de salud y terapeutas tradicionales y parteras. (secretaria de salud, 2019)

MARCO CONCEPTUAL

II.I. Definiciones

II.I.I. Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. (REAL ACADEMIA DE LENGUA ESPAÑOLA, 2020)

II.I. II. Evaluación: Permite indicar, valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto. (Gardey., Definición. De, 2012)

II.I.III. Calidad total: Enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los productos terminados clasificando como aprobado o rechazado. nace y se desarrolla en la época de los años 50 introduciendo importantes y novedosos conceptos como lo antes señalado. es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50. (Calidad total, 2021)

II.I. IV. Ambiente: Conjunto de componentes físicos, químicos, biológicos, de las personas o de la sociedad en su conjunto. (Responsabilidad social empresarial y sustentabilidad, 2011)

II.I.V. Paciente: Es una persona que padece algún tipo de dolor o malestar, por lo que precisa recibir servicios de algún médico o profesional de la salud. Y, a partir de esto, debe llevar adelante una serie de recomendaciones que le sugiera el especialista como un examen, algún tratamiento o una intervención. (EcuRed, 2020)

II.I.VI. Comunidad: Grupo social determinado por límites geográficos o intereses comunes. (Manual práctico de enfermería comunitaria, 2014)

II.I.VII.Coordinación: Capacidad para realizar eficientemente los movimientos, de manera precisa, rápida y ordenada. (Asensio, 2021)

II.I. VIII. Organización: Estructura ordenada donde coexisten e interactúan personas con diversos roles, responsabilidades o cargos que buscan alcanzar un objetivo particular. (Nicole, 2021)

II.I. VIII. Dirección: Es aquel elemento de la administración en el que se logra la realización efectiva de todo lo planeado, por medio a la autoridad del administrador, ejercida a base de decisiones, ya sea tomadas directamente, ya, con más frecuencia, delegando dicha autoridad, y se vigila simultáneamente que se cumplan en la forma adecuada todas las órdenes emitidas. (AulaFacil, 2021)

II.I.X. Eficiencia: Es aquel en el que un individuo no puede mejorar su situación sin que empeore, como consecuencia, la de otro. (Sánchez, 2021)

II.I. XI. Gestión: Administración de recursos sea dentro de una institución estatal o privada, para alcanzar los objetivos propuestos por la misma. (Concepto.De, 2020)

II.I.XII. Mejora: Adelantar, acrecentar algo, haciéndolo pasar a un estado mejor. (Asociación de la academia de lengua española, 2020)

II.I. XIII. Orientación: Acción de ubicarse en un lugar o espacio geográfico y tiempo dado, pudiendo reconocer de manera simultánea estas dos variables, además de indicar cuál es la posición de una cosa y servir de guía para poder situar a un individuo hacia una dirección que desconozca, sobre todo cuando se encuentra perdido en un lugar ajeno para él. (concepto, definición, 2019)

II.I. XIII. Prevención: Impedimento u obstaculización que ha sido previsto. Preparación y disposición anticipadas para evitar un riesgo o para realizar una acción. (Dixio, 2014)

II.I. XV. Proceso: Medio adecuado que tiene el Estado para resolver el conflicto reglado por el derecho procesal, que establece el orden de los actos (procedimientos), para una correcta (legal) prestación de actividades jurisdiccional constituyendo un haz de situaciones (o relaciones jurídicas) en el que se dan diversos derechos, deberes, poderes, obligaciones o cargas (Calatayut, 2013)

II.I.XVI. Recursos: Son los distintos medios o ayuda que se utiliza para conseguir un fin o satisfacer una necesidad. También, se puede entender como un conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa como: naturales, humanos, forestales, entre otros. (Significado, 2019)

II.I. XVII. Requisitos: Una condición necesaria para tener acceso a algo, o para que una cosa suceda. La palabra requisito proviene del latín requisitum, que significa pretender o requerir alguna cosa. (Significados, 2019)

II.I. XVIII. Resultado: Es el corolario, la consecuencia o el fruto de una determinada situación o de un proceso. (Gardey., Definicion.de, 2016)

II.I.XVIII. Satisfacción: Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento razón contraria. (Asociacion de academias de la academia española, 2020)

II.I.XX. Trazabilidad: Es una herramienta eficaz que garantiza al paciente, la calidad y seguridad de los medicamentos a los que expone el cuidado de su salud. De igual forma, se evitan perturbaciones en los agentes financiadores, asegurando la viabilidad del sistema en su integridad, controlando en tiempo real las transacciones de los medicamentos, verificando el origen de estos, y registrando la historia de localizaciones y traslados a lo largo de toda la cadena

de distribución y de provisión. De tal manera es posible detectar todas aquellas anomalías que pueden presentarse en el tránsito del medicamento desde su origen hasta

la dispensa. (COFA, 2011)

II.I.XXI. Métodos: Es el procedimiento que nos permite solucionar o dar respuesta a un problema o dificultad. Para poner en práctica un método primero lo que debemos tener en cuenta es la observación y nuestra memoria para solucionar mejor el problema mejor detalladamente (PilarN, 2009)

II.II Antecedentes históricos

Secretaria de salud manifiesta:

Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Como ejemplo, respecto al quehacer oftalmológico, los artículos del 215 al 223 tratan de los honorarios y las penalizaciones profesionales del médico. (Secretaría de Salud, 2012)

Se han buscado formas de resguardar al enfermo con leyes una de las primeras es el Código de Hammurab esta es para fomentar el bienestar entre las personas.

Secretaria de salud explica que:

Tanto en Grecia como en Roma, el ejercicio de la Medicina fue una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a ella ningún título ni diploma, sino sólo la bienvenida del público. El Juramento Hipocrático señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo. (Secretaría de Salud, 2012)

Nos hace referencia que para poder dar la actividad social de Medicina no se necesitaban de títulos o diplomados para ejercer dicho servicio, si no solo con la bienvenida del público.

Secretaría de salud “Hacia 1893, en México se fundó la primera sociedad médica especializada, la Sociedad Mexicana de Oftalmología, y en 1898 apareció su revista (2012)”

Secretaría de salud “En 1944 se inician las autopsias y con ello, los estudios histopatológicos. Los avances en la bacteriología y la fundación de los institutos especializados contribuyen a mejorar la calidad de la atención. (2012)”

La secretaria de salud dice que:

Con el propósito de equiparar y controlar la calidad de los productos en el ámbito industrial, desde 1947 se ha venido desarrollando y modernizando el sistema “International Standards Organization” (ISO), con el que se pretende que existan las condiciones para garantizar y homologar la calidad a nivel industrial, mismo que se ha tratado de adaptar al entorno médico, todavía con poco éxito. Como señala el doctor Saturno: “[...] el sistema ISO permite saber que la calidad es posible, pero no la garantiza; su enfoque está dirigido principalmente a los aspectos formales y estructurales del sistema de gestión de calidad, no a la calidad de los servicios en sí. En España, su principal representante ha sido la Asociación Española de Normalización (AENOR), con base en el Sistema ISO 9001:2000. (Secretaría de Salud, 2012)

Durante los años la atención a la salud ha ido creciendo, en 1994 inician los estudios histopatológicos con la finalidad de realizar diagnósticos de enfermedades, contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

Indica la secretaria de salud que:

Una línea de trabajo importante es la de la autoevaluación del nivel de excelencia empresarial, que surgió gracias a las convocatorias para la obtención de los premios a la excelencia. En Japón surgió el Premio Deming; en los Estados Unidos, el Premio Malcom Baldrige y después en Europa, el Premio Europeo a la Calidad, auspiciado por la European Foundation for Quality Management.

En ellos se pretende que, a través de la autoevaluación, se pueda contar con un diagnóstico situacional de las organizaciones, conocer sus problemas y puntos débiles a fin de trabajar para su mejora continua, hasta lograr la excelencia en satisfacción de clientes y empleados, efectos benéficos en la

sociedad y resultados óptimos de la empresa. El Sistema desarrollado por la European

Foundation for Quality Management tiene muchas similitudes con la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica, mismos que ya aplicaba el IMSS en México desde 1983. (secretarías de salud, 2012)

Secretaría de salud comunica que:

En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996. La CONAMED enfoca a la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos. El enfoque dado por la CONAMED a la calidad de la atención, mediante el análisis de los problemas por mala calidad, fue reforzado ampliamente por la publicación que hiciera el Instituto de Salud de los Estados Unidos de América, del ya clásico *To err is human. Building a safer health system*, donde se señala que en ese país ocurren de 44,000 a 88,000 muertes al año por errores médicos, en su mayoría prevenibles. (secretarías de salud, 2012).

Conforme la secretaria de salud, la CONAMED se enfoca a la calidad de la atención médica desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes.

II.III Calidad de servicios en salud en México

Para Phil Crosby (Crosby, 1979), “la calidad es: Ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos.”

Según Eduardo A Revilla-Rodríguez y Claudia Pimentel-Roque en el artículo de revista *Calidad de los Servicios de Salud* explica:

En el IMSS, en México, los trabajos en pro de la calidad de la atención médica se iniciaron en el entonces recién inaugurado Hospital «La Raza» mediante la revisión de expedientes clínicos; los esfuerzos se vieron concretados en 1962 en la Subdirección General Médica con la edición del documento *Auditoría médica* que sirvió de inspiración a otras instituciones del sector salud para establecer sus propios instrumentos de autoevaluación. (Eduardo A Revilla-

Rodríguez, 2012). En base a la Subdirección General Médica dice que establecen sus propios instrumentos de autoevaluación.

Según el artículo de revista de Eduardo A Revilla-Rodríguez y Claudia Pimentel-Roque enuncian que:

En México, pues, desde hace 12 años se ha iniciado una preocupación real por establecer un programa de calidad en los servicios de salud federal, desde el primer nivel de atención y hasta los hospitales de alta complejidad. En el sexenio que está por terminar, este programa se denominó SICALIDAD y tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención. En este sentido, el programa busca la participación de todas las instituciones de salud del país: ISSSTE, IMSS, Servicios de Salud de PEMEX, SEDENA y MARINA. (Eduardo A Revilla-Rodríguez, 2012)

Concorde SICALIDAD y tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención. Desde un primer nivel a tercer nivel.

Lo que se quiere lograr en los últimos tiempos es mejorar la atención de salud en nuestro país, proporcionando cuidados de calidad y excelencia.

II.IV Causas de una mala atención en salud

Franco, Benjamín Pérez expone:

Los factores determinantes de la atención deficiente residen en tres dominios principales: dinero y finanzas; conocimiento, sesgo e incertidumbre; y el poder y las relaciones humanas. Los factores determinantes operan en contextos específicos y contribuyen a la calidad y cantidad general de la atención prestada. Estos contextos pueden ser mejor entendidos como diferentes niveles en un ecosistema de prestación de atención: global; nacional, legal, regulatorio y cultural; regional, institucional y social; y el locus individual de la relación médico- paciente. (Franco, 2019)

De acuerdo con el doctor Benjamín Pérez Franco los factores determinantes de la atención residen de factores principales los cuales son dinero y

confianza, conocimiento, sesgo e incertidumbre; y el poder y las relaciones humanas

Según Benjamín Pérez en el documento de sitio web la Información fiable de salud declara:

Múltiples determinantes de la mala atención interactúan a lo largo de este ecosistema. Nuestro objetivo es delinear un cuadro de navegación para abordar este problema fundamental de la atención médica moderna. La reducción de la atención deficiente requerirá un esfuerzo bien contextualizado, multidimensional y concertado por parte de los profesionales de la salud, los responsables políticos y el público. Las definiciones anteriores de calidad de la atención se han centrado en los resultados de salud basados en la evidencia de individuos y poblaciones que incorporan las preferencias de los pacientes. (Franco, 2019)

EL doctor Benjamín menciona que la reducción de la atención deficiente requerirá un esfuerzo bien contextualizado, multidimensional y concertado por parte de los profesionales de la salud, los responsables políticos y el público.

El Centro de Estudios Sociales dice que:

Existe coincidencia en señalar que la baja calidad de la atención médica en México se ha debido fundamentalmente al limitado acceso de la población a los servicios de salud, situación derivada de problemas geográficos, económicos y administrativos, así como a la creciente insatisfacción de los usuarios al respecto. (Centro de Estudios Sociales, 2017)

Centro de Estudios Sociales hace referencia que la mala calidad en atención medica en México por factores como la economía, problemas geográficos entre otros.

II.V Consecuencias de una mala atención en salud

Según la organización médica legal de España:

La construcción de servicios de salud de calidad requiere una cultura de transparencia, compromiso y apertura sobre los resultados, que debe

promoverse en todas las sociedades, según se indica. Al respecto, las organizaciones aconsejan a los países impulsar políticas y estrategias nacionales sólidas de calidad de la atención de la salud, enfocarse en la asistencia competente y en la experiencia del usuario para garantizar la confianza en el sistema, además de formar a los ciudadanos para que participen en la toma de decisiones que afecten a su salud, entre otras estrategias (organización médica colegial de España, 2021)

Referente a la Organización médica colegial de España de calidad requiere una cultura de transparencia, compromiso y apertura sobre los resultados, que debe promoverse en todas las sociedades, según se indica.

Según el artículo de Ana García:

En México aproximadamente cinco millones de personas presentan un nivel muy bajo o nulo de acceso a instituciones de salud pública debido a que viven en comunidades aisladas o cercanas a carreteras, de acuerdo con cifras del Coneval. (Los retos para mejorar el sistema de salud pública en México, 2021)

De acuerdo con el Coneval, las comunidades aisladas, cinco millones de personas no tienen acceso a una buena salud.

Lancet Global Health Comission expone que:

En salud, una atención de calidad es tan importante, que su ausencia tiene repercusiones no solamente sobre la eficiencia del sistema de salud o la percepción que los ciudadanos tienen de él, sino que, literalmente, puede costarles la vida. Un nuevo reporte del Lancet Global Health Comission sobre los sistemas de salud de alta calidad revela que en los países de pequeños y medianos ingresos que son la mayoría en América Latina y el Caribe mueren más de 8 millones de personas por enfermedades que pudieran ser perfectamente tratables por los sistemas de salud. (Calderon, 2018)

La Lancet Global Health Comission revela que en los países de pequeños y medianos ingresos que son la mayoría en América Latina y el Caribe mueren más de 8 millones de personas por enfermedades

Lancet Global Health Comission comunica que:

De acuerdo con el reporte, 60% de las muertes que podrían haberse tratado médicamente son consecuencia de una baja calidad de atención. Cabe reparar por un momento sobre las implicaciones: la mala calidad de la atención de salud es, actualmente, un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que la falta de acceso a servicios de salud. (Calderon, 2018)

Al igual reporta que 60% de las muertes que podrían haberse tratado médicamente son consecuencia de una baja calidad de atención.

Organización Médica Colegal de España explica:

El informe exige medidas urgentes por parte de los gobiernos, los médicos, los pacientes, la sociedad civil y el sector privado para ayudar a ampliar rápidamente los servicios de salud de calidad para la cobertura universal de salud. "Sin servicios de salud de calidad, la cobertura universal de salud seguirá siendo una promesa vacía. Los beneficios económicos y sociales son claros y necesitamos ver un enfoque mucho más fuerte en invertir y mejorar la calidad para crear confianza en los servicios de salud y brindar a todos acceso a servicios de salud de alta calidad y centrados en las personas", señaló el secretario general de la OCDE, Ángel Gurría. (ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGAL DE ESPAÑA, 2021)

El secretario general de la OCDE, Ángel Gurría menciona que Los beneficios económicos y sociales son claros y necesitamos ver un enfoque mucho más fuerte en invertir y mejorar la calidad para crear confianza en los servicios de salud.

II.V. I Capa de atención hospitalaria.

La secretaria de salud nos dice que:

La literatura en salud nos refiere a que la base de la atención a salud es la atención comunitaria que junto con la atención ambulatoria (primaria y de especialidad) solventan el 80 a 85 % de la problemática de salud. En consecuencia, la demanda de atención de hospitalización (básica o de especialidad) solo comprende el 15% restante; situación que reduciría la demanda de este tipo de atención. Con el fin de hacer costeables la implementación de servicios más complejos es preciso agrupar poblaciones

hasta lograr una demanda de servicios constante que permita un beneficio sostenido de las inversiones que se realicen. Lo anterior produce una concentración de la oferta de servicios de atención hospitalaria, en ubicaciones que cumplen con los criterios de población establecidos en los indicadores de infraestructura en salud actuales. (secretaria de salud, 2019)

II.VI. Estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud

Sara, José Carlos Del Carmen explica:

El visibilizar la dimensión ética del desafío por alcanzar la CUS, confronta a los países a sincerar su verdadera voluntad por impulsar este proceso a pesar de la limitación de sus recursos, obligando a priorizar con criterios de equidad, la identificación y canalización de los recursos necesarios para su efectiva y sostenible implementación; de este planteamiento se derivaron cinco conclusiones, que la comisión considera deben tomarse en cuenta en el diseño de estrategias de mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud, en países de bajos y medianos ingresos (Sara, SciELO, 2019)

Conforme José Carlos Del Carmen Sara la limitación de sus recursos, obligando a priorizar con criterios de equidad, la identificación y canalización de los recursos necesarios para su efectiva y sostenible implementación.

Comunica Sara, José Carlos Del Carmen:

La importancia de la medición de resultados y de una adecuada comunicación en salud también es relevada, al señalar que «los sistemas sanitarios deben medir y comunicar aquello que más les importa a los ciudadanos»; ello implica hacer visible los logros y mejoras en los mejores prestadores, impulsando los procesos de acreditación y reconocimiento a dichos establecimientos, función que fue asignada a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en el 2013, pero luego retornada al MINSA tres años después, a la par que se decidió retirar la Dirección de Calidad de la estructura orgánica del ministerio, debilitando una función que estaba inscrita en la Política de Gestión de la Calidad en Salud, impulsada desde el 2002 (Sara, SciELO, 2019)

Proporcionar una buena información sobre lo más relevante en la sociedad es fundamental para una buena comunicación entre el personal de salud y el paciente.

Según SCIELO Salud pública:

El enfoque de calidad como medio y fin para una mejora en el sistema de salud.

La necesidad de incorporar el enfoque de calidad, como eje orientador para la mejora de los sistemas del PBMI, así como la adopción de medidas que lleguen

alcanzar a todo el sistema, implica para la CLSG, el desarrollo de cuatro acciones fundamentales. (Sara, SCIELO, 2019)

Según SCIELO Salud pública:

Liderazgo en la gestión. Los directivos de los sistemas sanitarios deben regirse por la búsqueda de calidad, el involucramiento de las autoridades sanitarias y no solo de los equipos técnicos, es indispensable para construir y sostener una visión compartida de la calidad asistencial, ello implica promover el compromiso y liderazgo de los responsables de la gestión de los servicios, así como de las

autoridades políticas y de las instituciones de salud, se ha venido incorporando un especial énfasis en acciones que buscan prevenir los riesgos que conllevan a una mala atención identificándolo juntamente con los responsables de la gestión sanitaria, con el objeto de instaurar planes de mejora que evita la aplicación de multas y coadyuven a la mejora de los servicios en beneficios de los ciudadanos.

Rediseños de procesos. Se deben rediseñar la presentación de servicios para optimizar los resultados sanitarios en lugar de centrarse únicamente en el acceso geográfico en los servicios. Se ha utilizado un importante esfuerzo en las últimas 3 décadas con el fin de aproximar los servicios de salud hacia la mayor parte de la población; sin embargo, la dispersión y escasa planificación en esta área, derivó en una débil presencia con una escasa capacidad resolutoria ocasionando poca credulidad en la última de este primer contacto, conllevando a abarrotar los hospitales con una demanda que bien podría ser resuelta en un primer nivel de atención. Recuperar o construir un lazo de confianza, con esa puerta de entrada al sistema de servicio de salud, implica: rediseñar el modelo, romper las barreras entre los diferentes subsectores, generar mecanismos de interoperabilidad, que permitan construir verdaderas redes integradas de servicio de salud, que brinden una atención primaria concebida con criterios de integralidad y continuidad en el proceso, en los diferentes niveles de atención. (Sara, SciELO, 2019)

En base a los estudios de campo se puede concientizar la falta de atención de salud para la comunidad mediante esto se buscan opciones para corregir la falta de atención. Esta puede ser la solicitud de las autoridades de la colonia José María Morelos hacia la dependencia de salud correspondiente para el ingreso de más personal médico, insumos para la clínica, equipo médico para la mejora atención para nuestros pobladores.

Según el artículo de Ana García:

Mejorar la accesibilidad física y económica a la salud, aumentar la infraestructura en instituciones especialmente en las regiones rurales, fomentar la educación para la salud y mejorar la calidad son algunas de las problemáticas en el sistema de salud, sugiere el Coneval. (Los retos para mejorar el sistema de salud pública en México, 2021).

II.VI.I Participación y organización comunitaria

La secretaria de salud expone:

La participación y organización comunitaria busca crear vínculos formales con las comunidades para que sean aprovechados los recursos disponibles y lograr entornos sanos para las personas, las familias e incluir la participación en la toma de decisiones. (secretaria de salud, 2019)

Solicitar campañas de mejoramiento de la salud mediante pláticas para toda la comunidad, adultos mayores, mujeres embarazadas, niños y adolescentes, personas con enfermedades crónicas degenerativas.

La secretaria de salud dice que:

Referente a la estancia del personal de salud, ofrecerle por parte de la comunidad un dormitorio o una pequeña vivienda para no dejar en desamparo a la comunidad después de la hora de servicio o bien solicitar a las dependencias correspondiente, personal médico de guarda para no dejar desvalidos a la comunidad por las noches.

Se contemplan las siguientes áreas de interés:

1. Equipos multidisciplinarios de salud.

2. Apoyo a las personas en la toma de decisiones basadas en evidencia para el fortalecer el autocuidado.

3. Implementación de acciones de capacitación, educación y apoyo por parte de los equipos multidisciplinarios para desarrollar habilidades para identificar y resolver problemas, establecer metas y crear planes para mejorar la salud de la comunidad.

4. Identificar a las organizaciones que otorgan atención a la salud en las comunidades.

5. Identificar y promover vínculos con organizaciones sociales y culturales.

6. Participación de la comunidad organizada a través de un comité electo en la toma de decisiones de creciente complejidad. (secretaria de salud, 2019)

Buscar la opción de solicitar una unidad de transporte médico, para cubrir urgencias cuando se requieran en la comunidad y no perder vidas humanas.

II.VI.II Entornos saludables

La secretaria de salud nos menciona:

Es una estrategia para prevenir riesgos, daños, conservar y fortalecer la salud; a la par, de empoderar a la población para ejercer su ciudadanía, esto es, ejercer sus derechos políticos, sociales y culturales para participar en la vida pública. (secretaria de salud, 2019)

La secretaria de salud dice:

Interpretando estos resultados, secretaria de salud (2019) sugiere que “Los elementos, hasta ahora identificados, de especial atención para favorecer entornos saludables son:

1. El abasto o cuidado de la comida, agua y vivienda.

2. El manejo de la basura.

3. Plaguicidas y otras sustancias nocivas ambientales.” Coordinación Sectorial expone:

La articulación del SNS en los servicios de salud genera:

a) Aumento de los puntos de primer contacto a los servicios sin importar el tipo de condición laboral;

b) Mejor acceso a servicios de mayor complejidad; c) Uso racional y eficiente de los recursos disponibles para el sector; d) Diagnósticos oportunos y tratamientos precoces para mejorar la condición de salud de las personas con los servicios recibidos; e) Atención Médica continua desde la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control y rehabilitación que las personas requieren para la protección de la salud. (secretaria de salud, 2019)

Coordinación Intersectorial explica:

Las alianzas entre sectores, institutos, comunidades y familias deben contribuir a ofrecer la atención y servicios de salud necesarios a las personas, sobre todo a los más pobres, mediante actividades centradas en la persona, familia y comunidad fundamentadas por políticas nacionales multisectoriales y recursos adecuados. (secretaria de salud, 2019)

II.VI. II. Educación continua y capacitación

Así, este componente considera tres partes fundamentales para el óptimo desempeño de los DS: 1. Formación y educación continua, de aquellos que laboran en cada DS, desde el ámbito administrativo. 2. Capacitación para los prestadores de servicios, es decir, aquellos que tienen contacto directo con las personas para el proceso de atención. 3. Capacitación de los miembros de la comunidad, a fin de proporcionar elementos para una participación e informada de ellos. (secretaria de salud, 2019)

“Las etapas básicas para llevar a cabo el proceso de formación y educación continua de cada uno de los miembros que conformen el DS son:”

Figura 1.

II.VI.IV Monitoreo, evaluación y seguimiento.

La secretaria de salud (2019) “El monitoreo, evaluación y seguimiento son los instrumentos para la conducción y orden de las funciones y actividades en los DS.”

La secretaría de salud dice:

La evaluación es uno de los elementos fundamentales del proceso de planeación que permite alcanzar los objetivos y metas, garantizando el uso racional y justo de los recursos. Resulta indispensable des estigmatizarlo ya que, en la actualidad, la evaluación se ubica como un proceso de fiscalización más que como un elemento de conducción y orden. (secretaria de salud, 2019).

La secretaría de salud comunica:

Se espera lograr con la colaboración de los servicios estatales de salud, no solo un cambio en la organización de los servicios y del modelo de atención sino también lograr que la evaluación conviva de manera natural con todos los tomadores de decisiones, los operadores de los sistemas y los prestadores de servicios de salud a la población. Para ello se propone una serie de indicadores que contemplen elementos de la estructura de los servicios de salud, de los procesos que allí se desarrollan y de los resultados que se obtengan en cada DS. (secretaria de salud, 2019)

II.VI. V. Gestión de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Expone la secretaria de salud que:

Las RISS integrarán las redes comunitarias y de atención de los diferentes prestadores de servicios garantizando el continuo de la atención. La finalidad de este componente del DS es gestionar los recursos para garantizar la ruta de atención médica continua desde las redes de atención comunitaria hasta las redes de atención de salud (institucional) para dar respuesta a las necesidades de atención de la población. (secretaria de salud, 2019)

II.VI.VI. Conservación y mantenimiento

La secretaria de salud manifiesta:

La Conservación y Mantenimiento es el conjunto de actividades técnicas y administrativas a desarrollar en inmuebles, sistemas, instalaciones y equipos, con la finalidad de que éstos recuperen, mantengan y ofrezcan los productos o servicios para los cuales fueron diseñados dentro de un marco de seguridad, continuidad, eficiencia y economía. (secretaria de salud, 2019)

La secretaría de salud asevera:



Los DS deben promover y realizar las gestiones correspondientes para que en sus unidades se lleven a cabo programas y rutinas de mantenimiento, para minimizar los paros no programados y preservar la Infraestructura física (inmuebles y equipos) en condiciones óptimas de operación, los cuales, en la mayoría de los casos representan un costo menor de recursos financieros. (secretaria de salud, 2019)

II.VI.VII Capa de atención comunitaria

La secretaria de salud:

Es importante contar con una estrategia desde los servicios de salud, para identificar la cultura local, las interrelaciones comunitarias, los vínculos y redes sociales, los diferentes actores, sus expectativas y necesidades, así como una estrategia para su vinculación con la red de servicios y fortalecer las redes sociales comunitarias. (secretaria de salud, 2019)

La secretaria de salud:

Por esta razón, se considera indispensable que la atención a la salud se enmarque en un contexto comunitario de tal manera que se contemple la estructura de la red comunitaria que sostiene la salud del individuo. Esta capa está conformada por las redes sociales de la comunidad donde pueden coexistir diferentes actores tales como autoridades locales y municipales, maestros, grupos religiosos, organizaciones sociales, Consejos de Ancianos y organizaciones comunitarias, comités de salud, auxiliares de salud y terapeutas tradicionales y parteras. (secretaria de salud, 2019)

II.VII. Teórica

Hildegard Peplau, ha sido considerada una de las enfermeras más importantes del mundo y conocida por muchos como la “enfermera del siglo” y como la madre de la Enfermería “psiquiátrica”.

Nació en el seno de una familia de padres inmigrantes, Gustav y Ottylie Peplau. Fue la segunda hija de seis hermanos. Nació el 1 de septiembre del 1909 en Reading, Pennsylvania.

Su carrera como enfermera, comenzó en el 1931 en el estado de Pennsylvania. Años más tarde, en 1943, obtuvo un bachillerato en Psicología interpersonal en el Hospital School of Nursing, concretamente en el Bennington Collage, Vermont. Poco a poco fué teniendo puestos de marcada responsabilidad.

Primero fue nombrada supervisora de un quirófano en el Hospital de Pottstown, y después ejerció como jefa de personal de Enfermería de Bennington. También ostentó puestos en el ejército de los Estados Unidos, en hospitales generales y privados, y ejerció labores de investigación, docencia y práctica privada en Enfermería psiquiátrica.

Durante los años de la Segunda Guerra mundial, trabajó en un hospital neuropsiquiátrico en Inglaterra. Después de la guerra, en 1947, obtuvo la

maestría en Enfermería psiquiátrica en The teacher College Columbia in New York. Durante estos años, concretamente entre los años 40 y 50, Peplau realizó trabajos basados en notas de sesiones con pacientes médicos y psiquiátricos.

De 1943-1945 desempeñó funciones en el Cuerpo de Enfermeras del Ejército y fué asignada al Hospital Estación de Campo 312 en Inglaterra, donde se encuentra la Escuela Americana de Psiquiatría. Pasados unos años, concretamente en el año 1969, se convirtió en directora ejecutiva de la American Nurses Association y al año siguiente, en 1970, asumió la presidencia de la American Nurses Associations, durante dos años, hasta 1972. También fue miembro de la Army Nurse Corps retirándose en el año 1974.

En el año 1994 fue incorporada al American Academy of Nursing Living Legend Hall of Fame y en 1995 apareció en la lista de las 50 grandes personalidades americanas, recibiendo el honor más alto de la Enfermería. Hildegard Peplau, falleció el 17 de marzo de 1990 en su casa en un pueblo llamado Sherman Oaks, en el estado de California. Siete años después de su fallecimiento se le concedió el premio Christiane Reimann, en el ICN Quadrennial Congress en el año 1997. (Elena, 2017)

MARCO LEGAL

III.I Modelo de Hildegard Peplau

El modelo de Peplau, se centra en la teoría de relaciones interpersonales y destaca la importancia del enfermero interpersonal definido como terapéutico. La personalidad de la enfermera/o es muy importante tanto, por la influencia que pueda provocar en sí misma como para el paciente. En la relación enfermera/o paciente, Peplau describe cuatro fases:

1ª Orientación. La persona genera una necesidad sentida y busca la ayuda del profesional, quien le ayudará a reconocer su problema determinando su necesidad de cuidado.

2ª- Edificación. - La Enfermera/o facilita la exploración de los sentimientos para ayudar a la persona a sobrellevar su enfermedad.

3ª Explotación. - La persona intenta sacar el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación y la enfermera se propone nuevas metas.

4ª Resolución. - Se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente, liberándose de la identificación con la enfermera/o y creándose relaciones de apoyo.

Modelo de enfermería de Hildegard Peplau. Roles de la Enfermera/o.- En la relación enfermera/o-paciente Peplau describe seis roles:

Rol de Extraño. - El paciente y la enfermera no se conocen, la primera no debe juzgarlo sino aceptarlo como persona, considerándole emocionalmente capacitado si no hay evidencias claras de lo contrario.

Rol de suministradora de recursos. - La enfermera debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, teniendo en cuenta la situación eligiendo la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo.

Rol de educadora. - Es una combinación de todos los roles y debe partirse de lo que sabe el paciente, y en función de su interés y capacidad para usar la información.

Rol de Líder. - La enfermera, ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación.

Rol de sustituta. - El paciente, sitúa a la enfermera en un rol de sustituta, apreciando en sus actitudes y conductas sensaciones que reactivan

sentimientos generados en relaciones anteriores. La enfermera, debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional.

Rol de consejera. - Es el más importante en la enfermería psiquiátrica. La enfermera debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que le sucede en la actualidad, para que la experiencia se pueda integrar, a otras experiencias de vida. (Fernández.

La teoría de Peplau se enfoca en la teoría de relaciones interpersonales e interacción entre el personal de salud en este caso enfermeros y médicos con los pacientes, la personalidad en como interactúa con los demás, ya que influye mucho en el paciente y en el mismo personal de salud. El conocimiento que tiene enfermería influye en la relación e interacción entre ellos por la relación sentimental y laboral que se forma.

III.II OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| NOMBRE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | ÍTEMS |
|-------------------------|---|----------------------|------------------|---------|--|
| ATENCIÓN | Es un proceso cognitivo que nos permite seleccionar y concentrarnos en estímulos relevantes. | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | Mala Regular Buena |
| EDAD | Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. | 20 a 70 años | Independiente | Ordinal | 20-30 años 31-40 años 41-50 años 51-70 años |
| SEXO | Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos. | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | Masculino Femenino |
| UBICACIÓN DE LA CLÍNICA | Es un lugar, un sitio o una localización donde está ubicado algo o alguien. | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | No Si |
| PROMOCIÓN DE LA SALUD | Es el proceso que permite a las personas incrementar el control | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | No Si |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--------------|---------------|---------|--------------------------|
| | sobre su salud. | | | | |
| LENGUAS INDÍGENAS | Son el conjunto de vocablos (palabras) que se usan en una cultura que carecen de una gramática compleja como la de los idiomas, y que se rige por normas no estandarizadas que pasan de generación en generación sin sufrir cambios importantes. | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | No Si |
| INFREESTRUCTURA | Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado. | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | Mala Regular Buena |
| ACCESO A LA INFORMACIÓN | Tiempo de respuesta a solicitudes de información y calidad de las mismas | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | No Si |

Variables para el personal de enfermería

| NOMBRE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATORIA | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | ÍTEMS |
|------------------------|--|-----------------------|------------------|---------|--------------------------|
| CALIDAD DE LOS INSUMOS | Es determinante para establecer parámetros de posibilidad productiva. Cuando hablamos de insumos | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | Mala Regular Buena |

| | | | | | |
|------|---|--------------|---------------|---------|--|
| | estamos haciendo referencia a ciertos materiales que dan lugar y posibilitan la cadena productiva. | | | | |
| EDAD | Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. | 20 a 70 años | Independiente | Ordinal | 25-30 años 31-40 años 41-55 años 56-70 años |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--------------|---------------|---------|--------------------------|
| SEXO | Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | Masculino Femenino |
| COMUNICACIÓN INTERPERSONAL | Es el proceso por el cual los seres humanos intercambian sentimientos e información mediante mensajes verbales y no verbales. | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | Mala Regular Buena |
| CANTIDAD DE INSUMOS | Es todo aquello disponible para el uso y el desarrollo de la vida humana, desde lo que encontramos en la | 20 a 70 años | Independiente | Nominal | No Si |

| | | | | |
|---|---|--------------|---------------|---|
| | naturaleza , hasta lo que creamos nosotros mismos, es decir, la materia prima de una cosa. | | | |
| NIVEL DE PREPARACIÓN | Es mucho más que el paso por una institución, ya que refleja el grado de compromiso y de entendimiento que la persona tiene y ha tenido con la materia, sus destrezas, sus conocimientos técnicos y su capacidad. | 20 a 70 años | Independiente | Bachillerato Licenciatura Maestría Doctorado |
| CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS AL DÍA | Es la porción que existe de algo que es capaz de ser medido y numerado | 25 pacientes | Independiente | 10 – 15 pacientes 16 -25 pacientes |
| COMUNICACIÓN DEL PERSONAL MEDICO - PACIENTE | Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos. | 20 a 70 años | Independiente | Mala Regular Buena |
| PREVENCIÓN Y | Es el conjunto de | 20 a 70 años | Independiente | No |

III.III Tipo y diseño de investigación

Se decidió un enfoque mixto ya que durante el proceso de investigación se recolectarán datos que nos servirán para realizar gráficas y un análisis de cada una de las personas que integran la investigación, por su diseño es un tipo de investigación exploratoria ya que es un tema poco estudiado y se realizara un análisis profundo de la calidad de los servicios de salud, por su alcance se clasifica en retrospectiva ya que se recabaran datos pasados.

III.V.- Universo de estudio.

Personal de enfermería que labora en el hospital general Ma. Ignacia Gandulfo.

III.V.- Población en estudio.

Personal de enfermería y médico que labora en el Hospital General Ma. Ignacia Gandulfo.

III. VI Instrumento y recolección de datos

Calidad de los servicios de salud

Lea detenidamente cada pregunta. Es muy fácil de responder, en todas las preguntas se le pide que elija una de las opciones que aparecen, tendrá que subrayar la respuesta que haya elegido para cada pregunta

1. ¿Cuál es su género?

A.) Masculino B.) Femenino

2. ¿Cuántos años tiene usted?

A.) 20-30 años B.) 31-40 años C.) 41-50 años D.) 51-70 años

3. ¿Como es la atención que le brinda el personal de la clínica?

A.) Malo B.) Regular C.) Bueno

4. ¿Genera gastos económicamente para llegar a su clínica?

A.) Sí B.) No

5. ¿Cuánto gasta usted para trasladarse a su clínica?

A.) 5-10 pesos B.) 11-20 pesos C.) 21-30 pesos D.) otros:

6. ¿Recibe usted platicas de promoción a la salud en su clínica?

A.) Sí B.) No

7. ¿Habla usted alguna lengua indígena?

A.) Sí B.) No

8. ¿Cómo considera usted las instalaciones de la clínica?

A.) Malo B.) Regular C.) Bueno

9. ¿El personal de salud le brinda a usted la información de acuerdo con sus necesidades?

A.) Sí

B.) No

Referencias

(2014). En José Ramón Martínez Riera, Manual práctico de enfermería comunitaria (pág. 41). ELSEVIER. Asensio, D. (2021). CogniFit. Obtenido de CogniFit: <https://www.cognifit.com/es/coordinacion>.

Asociacion de academias de la academia española. (2020). REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Obtenido de REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: <https://dle.rae.es/satisfacci%C3%B3n>

Asociacion de la academia de lengua española. (2020). REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Obtenido de REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: <https://dle.rae.es/mejorar>

AulaFacil. (2021). Obtenido de AulaFacil: <https://www.aulafacil.com/cursos/administracion/de-empresas/la-direccion-119675>

Blogger. (04 de junio de 2014). Florence Nightingale - El Cuidado. Obtenido de Florence Nightingale - El Cuidado: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html#>:

~:tex=La%20teor%C3%ADa%20de%20Nightingale%20se%20centr%C3%B3%20en%20el%20entorno.&text=Su%20teor%C3%ADa%20sobre%20los%205, actualidad%20como%20hace%20150%20a%C3%B1os.

Calatayut, Y. (18 de marzo de 2013). slideshare. Obtenido de slideshare: <https://es.slideshare.net/yeraldyncalatayut/definicion-del-proceso>

Calderon, A. P. (septiembre de 2018). Inter-American Development Bank. Obtenido de Inter-American Development Bank: <https://blogs.iadb.org/salud/es/la-mala-calidad-de-la-atencion-de-salud-mata/>

Calidad total. (2021). En M. d. Carmen, Antología calidad y servicios en enfermería (pág. 10).

Centro de Estudios Sociales. (2017). Políticas públicas y calidad en la prestación de los servicios de salud.

La calidad en los, 9.

COFA, C. f. (2011). Trazabilidad de medicamentos. Obtenido de Trazabilidad de medicamentos: <http://servicios.cofa.org.ar/trazabilidad/>

concepto, definicion. (22 de Julio de 2019). Definición de Orientación. Obtenido de Definición de Orientación.: <https://conceptodefinicion.de/orientacion/>

Concepto.De. (26 de mayo de 2020). Obtenido de Concepto.De: <https://concepto.de/gestion/> Dixio. (20 de septiembre de 2014). YouTube. Obtenido de YouTube:

https://www.youtube.com/watch?v=7aW2IEEicXk&ab_channel=Dixio

EcuRed. (2020). Obtenido de EcuRed: <https://www.ecured.cu/Paciente>

Eduardo A Revilla-Rodríguez, C. P.-R. (2012). Calidad de los Servicios de Salud. evidencia médica e investigación en salud, 77.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de los servicios de salud en el hospital general Ma. Ignacia Gandulfo, en un periodo de enero-abril del?