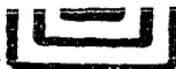




UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION  
MEDICA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR  
EN LOS SERVICIOS DE SALUD

(INVESTIGACION REALIZADA EN LAS UNIDADES DE  
MEDICINA FAMILIAR DE LA SUBDELEGACION TLALNEPANTLA,  
EN EL ESTADO DE MEXICO)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN INVESTIGACION  
DE SERVICIOS DE SALUD  
P R E S E N T A:  
M. C. IMELDA CAROLINA SALINAS MONTOYA

DIRECTOR DE TESIS:

M.A.E. PABLO CESAR RODRIGUEZ MENDOZA



IMSS

LOS REYES IZTACALA, MEXICO, D. F.,

JUNIO DE 1992



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL.....	i.
INDICE DE TABLAS DE RESULTADOS.....	v.
INDICE DE CUADROS, FIGURAS Y HOJAS MAS RELEVANTES.....	vi
RESUMEN.....	vii
1. INTRODUCCION.....	1
2. ANTECEDENTES.....	4
2.1 INTERNACIONALES.....	4
2.2 NACIONALES.....	16
3. MARCO TEORICO.....	24
3.1.1 Conceptos de calidad.....	24
3.1.2 Conceptos sobre evaluación.....	34
3.1.2.1 Uso de escalas de medición en la evaluación de la atención médica.....	36
3.1.3 Aplicación del Modelo <i>Estructura, Proceso</i> <i>y Resultado</i> .....	41
3.1.4 Evaluación de la calidad de los servicios médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.....	46
3.1.4.1 Acciones de la Solidaridad.....	47
3.1.4.2 Ley del Seguro Social.....	49
3.1.4.3 Objetivos y metas del programa.....	51
de trabajo de 1991-1994 del IMSS.....	52
3.1.4.4 Modernización estructural del IMSS.....	53
3.1.4.5 Descentralización.....	53
3.1.4.6 El tripartismo.....	55
3.1.4.7 Administración del proceso de calidad IMSS.....	57

3.1.5	Consolidación del Modelo de Atención.....	60
3.1.6	El modelo de evaluación en el sector salud de México.	61
3.1.7	Servicios de medicina familiar.....	63
3.1.7.1	Evaluación de la calidad de la UMF.....	67
3.1.8	Análisis de las condiciones de salud.....	71
3.1.8.1	Instrucciones para el análisis de los resultados obtenidos en las guías de evaluación.	73
3.1.9	Verdadera calidad que cumple los requisitos de los consumidores.	74
3.1.10	Sistema Operativo.....	76
3.1.11	Monitoreo del servicio.....	78
3.1.12	Estrategias aportadas para elevar la calidad de los servicios médicos y la productividad en América Latina.	80
4.	JUSTIFICACION.....	85
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	90
6.	OBJETIVOS.....	93
6.1	GENERALES.....	93
6.2	ESPECIFICOS.....	93
7.	METODOLOGIA.....	95
7.1	HIPOTESIS.....	95
7.2	TIPO DE INVESTIGACION.....	99
7.2.1	VARIABLES.....	100
7.2.1.1	Definición de variables.....	101
7.2.1.2	Operacionalización de variables.	116
7.2.2	MODELO.....	119
7.2.2.1	Modelo <i>estructura-proceso-Resultado</i> .	120

7.2.2.2	Modelo que explica la relación de.....	121
	variables con la calidad de la atención médica.	
7.2.2.3	Modelo de Causa-efecto para la.....	122
	calidad de la atención médica.	
7.2.3	HERRAMIENTAS MATEMATICAS.....	123
B.	MEDICION.....	127
8.1	ESCALA DE MEDICION.....	128
8.2	UBICACION GEOGRAFICA.....	137
8.3	DESCRIPCION DE LA POBLACION.....	139
8.3.1	MUESTREO.....	140
8.3.1.1	Censo en el Perfil Académico.....	143
8.3.1.2	Muestreo determinístico en.....	144
	el Expediente Clínico.	
8.3.1.3	Muestreo determinístico en.....	145
	Satisfacción del Usuario.	
8.3.1.4	Criterios de exclusión.....	146
8.4	PLAN DE LEVANTAMIENTO DE DATOS.....	147
8.4.1	Perfil Académico.....	147
8.4.2	Expediente Clínico.....	148
8.4.3	Satisfacción del Usuario.....	148
8.5	INSTRUMENTOS DE MEDICION.....	151
8.5.1	Perfil Académico.....	151
8.5.2	Expediente Clínico.....	151
8.5.3	Satisfacción del Usuario.....	151
8.5.4	VALIDEZ INTERNA, EXTERNA Y.....	153
	CONFIABILIDAD.	
8.6	PRUEBA PILOTO.....	160

9.	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	163
9.1	EQUIPO.....	164
9.2	PAQUETES.....	165
10.	CONFRONTACION DE RESULTADOS.....	167
10.1	REPRESENTACION GRAFICA DE LOS DATOS.....	189
11.	ANALISIS ESTADISTICO.....	198
11.1	DISCUSION.....	206
12.	RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DE FUTURAS.....	211
	INVESTIGACIONES.	
13.	BIBLIOGRAFIA.....	214
14.	APENDICE, ANEXO, GLOSARIO, PROGRAMAS,.....	222
	FORMULARIOS, ETC.....	

S N D S E S  
DE LAS TABLAS DE RESULTADOS

**TABLAS.**

10.1	Estadísticas descriptivas de las calificaciones del.....	168
	pérfil académico de cada una de las UMF.	
10.2	Estadísticas descriptivas de las calificaciones del.....	168
	expediente clínico de cada una de las UMF.	
10.3	Estadísticas descriptivas de las calificaciones de la.....	169
	satisfacción del usuario.	
10.4	Estadísticas descriptivas de las calificaciones de la.....	169
	Subdelegación Tlalnepantla en el Estado de México.	
10.5	Frecuencia de las calificaciones obtenidas por variable.....	170
	de estudio para pérfil académico (cutting line).	
10.6	Frecuencia de las calificaciones obtenidas por variable.....	171
	de estudio para el expediente clínico (cutting line).	
10.7	Frecuencia de las calificaciones obtenidas por variable.....	173
	de estudio para la satisfacción del usuario (cutting line).	
10.8	Items finales del pérfil académico.....	175
10.9	Items finales del expediente clínico.....	176
10.10	Items finales de la satisfacción del usuario.....	178
10.11	Clave de la calificación por ítem en el pérfil académico.....	180
10.12	Clave de calificaciones por ítem en el expediente clínico.....	181
10.13	Clave de calificaciones por ítem para la satisfacción del.....	182
	usuario.	
10.14	Rango de calificaciones para el pérfil académico.....	183
10.15	Rango de calificaciones para el expediente clínico.....	183
10.16	Rango de calificaciones para la satisfacción del usuario.....	183
10.17	Porcentaje por desviación estándar.....	184
10.18	Medidas y calificaciones de las UMF, media esperada y media.....	185
	observada.	
10.19	Coeficiente de confiabilidad : Regresión lineal.....	186
10.20	Coeficientes de confiabilidad.....	186
10.21	Frecuencia de los puntajes de la Subdelegación de Tlalnepantla.....	187
	en el Estado de México, para el pérfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario.	
10.22, 10.23 y 10.24	Diferencia porcentual con números absolutos.....	188
	entre la media esperada y media observada así como con cada.....	189
	una de las medias de cada UMF, con la calificación esperada con la calificación observada entre las medias y calificaciones de cada UMF.	

I N D I C E  
CUADRO, FORMULARIO Y REGISTRO RESERVADOS

CUADROS:

No. 1	Formulaciones alternativas de enfoques para evaluar la.....	222
	calidad, los programas y sus interrelaciones.	
No. 2	Población total de las UMF de la Subdelegación Tlalnepantla.....	223
	en el Estado de México, 1991-1992.	
No. 3	Datos de las encuestas aplicada para cada UMF en relación.....	224
	al perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario.	
No. 4	Proceso ampliado que explica la puntuación integral de la.....	225
	calificación de la calidad de cada elemento previos para determinar el grado final de la calidad de atención médica de las UMF.	
No. 5	Modelo del Sistema de evaluación de la calidad de la atención....	226
	medica en las UMF.	
No. 6	Esquema de las líneas de investigación sobre servicios de salud..	227
No. 7	teoría de sistemas aplicado de la evaluación de la calidad de la..	228
	atención médica en la UMF.	
No. 8	Organigrama Estructural del Instituto Mexicano del Seguro Social.	229
No. 9	Organigrama de Servicios Médicos del Estado de México del IMSS..	230
No. 10	Ubicación geográfica de las UMF de la Subdelegación.....	231
	Tlalnepantla en el Estado de México.	
No. 11	Hojas electrónica que muestra como se pro cesarán los datos en..	232
	el programa de SPSS/PC Encuestas del Perfil Académico (PA), Expediente clínico (EC)....	237
	y Satisfacción del Usuario (SU).	
No. 12	Autorización para la realización de la investigación en las UMF..	253
	de la Subdelegación de Tlalnepantla en el Estado de México.	
No. 13	Cartas de voto de aprobación para el registro del protocolo de..	256
	investigación : " EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR EN LOS SERVICIOS DE SALUD "	
No. 14	Formulario.....	260
	Glosario.....	262
No. 15	Los diez Mandamientos de las Empresas Excelentes.....	272

## Resumen:

Garantizar la calidad de los servicios de salud es una necesidad que se acrecienta en nuestro medio no sólo en los centros de alta especialidad médica, sino aún en el primer nivel de atención, área en donde se otorgan servicios a la mayor parte de población. Se presenta una metodología para evaluar la calidad de la atención médica de los servicios operativos de las unidades de atención médica. Así como el análisis de la atención prestada en 10 unidades de medicina familiar (UMF), así como se presentan algunas recomendaciones en los servicios de salud y educación médica para mejorar la calidad. Se contó con 179 encuestas para perfil académico, 230 encuestas para expediente clínico y 230 encuestas para satisfacción del usuario en la consulta externa, los resultados más relevantes fueron para PA:  $\bar{X} = 20.330$ ,  $\sigma = 5.620$ ,  $Kt = -.223$ , Calificación = 51.1,  $Rt = -14.0$ , para EC:  $\bar{X} = 40.664$ ,  $\sigma = 6.704$ ,  $Kt = -.325$ , Calificación = 58.8,  $Rt = -3.0$ , y para SU:  $\bar{X} = 63.022$ ,  $\sigma = 11.882$ ,  $Kt = -.778$ , Calificación = 50.5,  $Rt = -3.0$  y con un nivel de significancia de 0.001 para los tres, con escala de -40, -30 y -20 próxima calidad, -10 mala calidad, +10 buena calidad, +20 muy buena calidad y +30, +40 excelente calidad.

Palabras clave: Evaluación, calidad de la atención médica, unidades médicas y cultura de calidad.

## Abstract:

Health care quality assurance is an increasing demand of our social environmental, regarding not only high medical technology centers but, even more so, the service given at the primary care level, that covers the greater part of the population. In this investigation we describe a methodology to evaluate the quality of services, includes an operational diagnosis in ten health care units. Quality of care was analyzed in security social, in order to improve the quality of care a structural in the health care services and in medical education. Was counted with 179 survey for profile academic, 230 survey for action clinic and 230 survey for satisfaction of use of a thing in the external patients, the result more relevant were for PA:  $\bar{X} = 20.330$ ,  $\sigma = 5.620$ ,  $Kt = -.223$ , calibration = 51.1,  $Rt = -14.0$ , for EC:  $\bar{X} = 40.664$ ,  $\sigma = 6.704$ ,  $Kt = -.325$ , calibration = 58.8,  $Rt = -3.0$ , and for SU:  $\bar{X} = 63.022$ ,  $\sigma = 11.882$ ,  $Kt = -.778$ , calibration = 50.5,  $Rt = -3.0$ , and with a level of significance  $p = 0.001$ , for the three, with scale of -40 -30 and -20 very bad grade, -10 bad grade, +10 good grade, +20 very good grade, and +30, +40 excellent grade.

Key words: Evaluation, quality of care, medical units and quality culture.

## 1 INTRODUCCION

La calidad de la atención médica es una vieja necesidad, inquietud y promesa que asume hoy un rol creciente de protagonismo y complejidad para su estudio, además de que es causa de una gran preocupación en el campo de la investigación tanto en la medicina institucional como en la privada, ya que hasta el momento no existen programas oficiales de aplicación general y mucho menos en forma permanente para garantizar el beneficio de la población demandante. Sin embargo hay un gran número importante de investigaciones publicadas tanto a nivel nacional como internacional, que enfocan sus experiencias y métodos al mejoramiento de la calidad de la atención médica en cualquiera de sus tres niveles *Estructura-Proceso-Resultado* para el mejoramiento de la calidad de la atención.

La presente investigación muestra la metodología y el análisis de los resultados de la investigación realizada en las Unidades de Medicina Familiar de la Subdelegación Tlalnepantla en el Estado de México, sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, utilizando un enfoque sistémico, con el modelo de *Estructura-Proceso-Resultado* donde se aplicaron tres instrumentos midiendo el perfil académico del médico, el llenado del expediente clínico y la satisfacción del usuario.

El enfoque sistémico que se propone utilizando el modelo de *Estructura-Proceso-Resultado* de A. Donabedian, analizado por un lado en sus tres elementos: a) atención técnica, b) manejo de las relaciones interpersonales y c) aménidades. En el primer nivel de atención médica, en el servicio de la consulta externa, en un solo momento y con los cinco grupos prioritarios a evaluar la calidad de la atención médica, considerándose para

este estudio como *estructura* a la formación académica del médico, el *Proceso* a el cumplimiento del llenado del expediente clínico y el *Resultado* a la satisfacción del usuario.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social ha sido un propósito así como objetivo principal y un reto en mantener la calidad de la atención médica con que se otorgan los servicios médicos, utilizando estrategias para mejorar la prestación de los servicios médicos ya que desde su inicio hasta 1983 la evaluación médica con que se supervisaba era con auditoría médica, basada en un gran porcentaje en la evaluación de la calidad de la atención médica en la información contenida en el expediente clínico, sin embargo a partir de 1986 a la fecha, esta institución evalúa la calidad de la atención médica tanto con el expediente clínico como la satisfacción del usuario con un enfoque de procesos aunque en forma independiente. Es por ello que en la presente investigación se trata de integrar los tres elementos ya mencionados con una visión holística integral.

La idea central se refiere a las condiciones, características y esfuerzos necesarios para establecer la evaluación de la calidad de la atención médica, con un nivel de calidad de vida en el nivel institucional y que además tienda a satisfacer las necesidades esenciales de los derechohabientes.

Esta investigación esta integrada por catorce capítulos, el primero hace una introducción del tema a tratar y sus generalidades, el segundo capítulo contiene los antecedentes considerados por el investigador más relevantes tanto internacionales como nacionales, el tercer capítulo corresponde al marco teórico en relación a que es calidad, evaluación y como el IMSS, se ha propuesto manejar la calidad de la atención médica, el cuarto capítulo se exponen la justificación para la realización de la investigación en relación al planteamiento del problema a estudio, el quinto capítulo contiene el planteamiento del problema en relación a la calidad de la atención médica en las unidades de medicina familiar en la consulta externa en tres niveles, perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario, el sexto capítulo contiene el objetivo general del estudio con sus objetivos específicos correspondientes, el séptimo capítulo engloba toda la metodología administrativa, organizativa y de coordinación para la aplicación y

desarrollo de la propia investigación de cómo se llevó a cabo con sus hipótesis, tipo de investigación, variables, modelo y herramientas matemáticas utilizadas en la investigación. El octavo capítulo contiene todo lo concerniente a la medición de la investigación, en este se encuentra la ubicación geográfica, descripción de la población con el muestreo de cada una de las muestras en estudio, plan de levantamiento de datos de cada uno de ellos, los instrumentos de medición y en la forma de cómo fueron elaborados cada uno de éstos, así como la validez interna y externa también la confiabilidad de los mismos, otro apartado dentro de la medición es la prueba piloto, ajuste de los instrumentos y aplicación a las muestras de estudio. El noveno capítulo contiene el procesamiento de los datos en lo relacionado a equipo y paquetes utilizados dentro del computo de procesamiento de datos, el décimo capítulo presenta la interpretación de los resultados con sus tablas de resultados estadísticos obtenidos, el capítulo décimo primero presenta el análisis de los resultados de las tablas que contiene el capítulo anterior, el décimo segundo capítulo presenta una serie de recomendaciones y sugerencias para futuras investigaciones sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, el décimo tercero presenta la bibliografía la cual se consultó para esta investigación y por último el décimo cuarto presenta el apéndice con sus anexos, glosarios, cuadros, figuras y formularios.

Cabe señalar finalmente que esta investigación tiene que ser continuación de futuras investigaciones que de un modo u otro trate de ser base para el desarrollo metodológico para el estudio sobre el tema, además de que se ofrece para el esclarecimiento de los problemas de la atención de la evaluación de la calidad de la atención médica, así como para su análisis crítico a fin de continuar con el proceso de elaboración de metodologías de investigación en este campo.

## 2 ANTECEDENTES

### 2.1 INTERNACIONALES.

Se citan varias investigaciones para darnos cuenta de la gran lucha de tipo titánica por alcanzar la calidad de la atención médica. Sin embargo esto nos deja reflexionar de que se ha evaluado sistemáticamente con una visión global del problema.

La primera figura es de Ernest Amory Codman (1916), en su obra *Resultado final de la atención en la evaluación de la práctica clínica*, no sólo como actividad profesional, sino como empresa organizativa, administrativa y económica, el cual propuso y sometió a prueba un método para supervisar resultados finales.

Otra obra posterior es la investigación realizada por la Academia de Medicina de Nueva York (1933), en donde Hooker habló sobre *mortalidad materna previsible*. Kohl (1955), habló del tema *prevención de la muerte perinatal*.

En la obra de Shapiro y col. (1958, 1960) dentro de *The Health Insurance Plan of Greater New York (CHIP)* dan ejemplos sobre *mortalidad comparada* y más tarde en la de Lipwort (1963), en Inglaterra; la primera relativa a *la prematuraz y mortalidad perinatal* y la segunda a *casos de muerte en hospitales con y sin funciones docentes*.

Sin dejar de mencionar la obra monumental y clásica de Lee y Jones (1933), sobre los *Fundamentos de la Buena Atención Médica*. Este ensayo ofrece un concepto de calidad rara vez igualado en cuanto a profundidad o enlace y constituye una declaración inflexible de normas profesionales y socialmente responsables en tanto que directrices para la evaluación, a más de enunciar explícitamente tales normas.

Cabe mencionar algunos logros más importantes que se dieron en el decenio de 1950, -todos semejantes en cuanto a que emplean normas profesionales como base de la evaluación, pero distintos en el grado en que se especifican de antemano los criterios en el método de obtener la información sobre la práctica, en el lugar de la atención a evaluar y en el grado de interés en la relación entre las características estructurales y el proceso de la atención médica.

Peterson (1956), en el medio rural de Carolina del Norte presentó el estudio de evaluación del quehacer de oficina basada en la observación directa de la relación *prácticante-cliente*, y llevada a cabo por un visitante adiestrado que uso sus propios criterios para formular su juicio sobre la calidad de la atención médica.

En el Health Insurance Plan of Greater New York donde Macover (1951), y luego Morehead (1956, 1958 y 1967) evaluaron la calidad de la atención con base principalmente en información obtenida de los expedientes clínicos y de conversaciones con los médicos y fundando los juicios de calidad sobre todo en los criterios implícitos de los clínicos. Es importante mencionar que en estos estudios se investigaron las relaciones entre el desempeño y las características estructurales, que habría de dar la pauta a tantos de los que

realizarán posteriormente.

Un ejemplo de esto lo tenemos con el estudio de atención hospitalaria, de Morehead (1964), que tomó en cuenta :

1. Características organizativas de los hospitales : a quienes pertenecían, y la afiliación a las escuelas de medicina.
2. Características profesionales de los médicos : certificación de sus especialidades y sus privilegios hospitalarios.

Otro ejemplo lo es Peterson (1958), midió la calidad de la atención médica, para conocer las características y experiencias que conducían a la práctica general adecuada, considerando factores tales como:

1. Tipo de escuela de medicina en que estudió el médico;
2. Aprovechamiento que tuvo cuando estudiante;
3. La naturaleza y duración de sus estudios de posgrado;
4. Su educación en cuanto a cursos de especialidad;
5. Sus inscripciones a revistas médicas;
6. A la institución hospitalaria a la que pertenecía;
7. Si ejercía sólo o en grupo;
8. Su acceso a servicios de laboratorio;
9. La presencia de ciertas piezas de equipo en su consultorio del médico;
10. Si veía a sus pacientes mediante citas; y
11. Duración de sus jornadas de trabajo.

Tenemos también los estudios considerados por el Health Insurance Plan of Greater New York (HIP), que consideraron características tales como:

1. Educación;
2. Capacitación;
3. Afiliación al hospital;
4. El hecho de hacer cita con el paciente;
5. Tiempo que llevaba el médico en el plan;
6. La proporción del tiempo dedicado a los afiliados al HIP;
7. El porcentaje realizado en las instalaciones para la práctica de trabajo.

Se dice que Paul Lembecke (1956), construyó lo que él esperaba fuera ciencia de la evaluación. En su obra se encuentra los preceptos fundamentales que han

guiado desde entonces la formulación de tales criterios. En comparación con un grupo de trabajadores de la Universidad de Michigan, entre los cuales se hallan Thomas Fitzpatrick, Donald Reidel y Beverly Payne (1962), los que adoptaron el uso de criterios explícitos para evaluar lo que ellos llamaron *ciencia hospitalaria*.

Eisele, Flee y Hoffman (1956), con su obra de los *índices de actividades hospitalarias* a éstos se les ha conocido como *estudios de actividades profesionales*. Tenemos también a Lembecke (1947), con *las medidas para evaluar el desempeño de los participantes* en el Consejo de Hospitales Regionales de Rochester, auspiciado por el Commonwealth Fund.

En la obra de Godmann y Graham (1954), mostraron un *modelo para evaluar un programa de atención ambulatoria* mediante diversas características estructurales. La obra de Georgopoulos y Mann (1962), *El Hospital General de la Comunidad*, dieron un conjunto de características organizativas más sutiles que influyeron en la calidad de la atención médica.

Morehead (1970, 1971), usó el método originalmente utilizado en HIP, con ajustes relativamente menores, para estudiar la *calidad de atención en los Centros de Salud de la Vecindad y en algunos otros escenarios de atención ambulatoria*. Mientras Payne (1976), consideró conjuntamente *atención intra y extrahospitalaria de cada episodio de hospitalización, la ponderancia diferencial de los criterios, la atención a la confiabilidad de los subregistros y el establecimiento de criterios explícitos para la atención ambulatoria*.

Se dice que el estudio de proceso depende en gran medida de lo que aparece en

los registros médicos, por lo que se ha prestado considerable atención a la integridad y precisión del registro, así como a las repercusiones de éste en la evaluación de la calidad y la administración clínica. Dentro de las obras más mencionadas sobre este tema tenemos la de Zuckerman (1975), y Starfield (1979), al mismo tiempo tenemos la de Weed (1969, 1971), en replantear el registro médico de tal forma de que sea un instrumento más adecuado a la administración médica. Otro ejemplo McDonald (1976), Barnett (1978, 1984), los que proponen la introducción y comprobación de los sistemas de registro por computadora. Este tipo de avance debe hacer conciencia cada vez mayor de que la naturaleza del registro que influye en las posibilidades de la evaluación de la calidad de la atención médica y que las necesidades de ésta pueden y deben influir en el plan del sistema de registro, si bien aún está por realizarse la exploración sistemática de esta interrelación.<sup>11</sup>

La formulación de criterios se dice que es el avance más importante en el estudio de la evaluación de procesos y también de los resultados y que tiene varias líneas de investigación de las cuales se tiene:

1. Una línea presenta el interés en la formulación de en tanto que procesos de obtención de consenso; Estudios de consenso o confiabilidad.
2. Otra línea abarca la selección de criterios y la elaboración de lista de criterios para lograr mayor correspondencia entre evaluaciones de proceso y resultado; Estudios de validez causal.
3. Otra más consiste en exploraciones de la relación y la elaboración de criterios y la capacidad de estos para discernir los casos para lograr la más precisa separación entre atención aceptable e inaceptable al menor costo en cuanto a esfuerzo y dinero; Estudios de eficiencia discernidora.

11) Donabedian, A., Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984, Salud Pública de México México, 1988, vol., 30 p. p. 202-215.

Entre los estudios de proceso cabe mencionar el de Robert Brook (1973), en Baltimore, el de Hare y Barnoon (1973), para la Sociedad Americana de Medicina Interna en Varias Regiones de Estados Unidos, Thompson (1975), en el Deste, el de Hulka (1979), en Carolina del Norte, el de Reidel y Reidel (1979), en New Haven y Hartford, y el de Palmer (1984), en Boston. En estas obras se han descrito los cambios que ocurren en la inclusión o exclusión de criterios cuando estos se seleccionan con arreglo a su grado de "importancia", además de contribuir al diagnóstico adecuado, a conseguir los mejores resultados, y de acuerdo con la información que piden los criterios sujetos a registro. Sin embargo se desconoce realmente con que bases se dan los criterios de los estudios mencionados, así como se ignoran los juicios de calidad elegidos, ni mucho menos se puede afirmar que un método sea mejor que otro para obtener consenso, ni en qué aspectos."

Sin embargo existen algunas investigaciones donde se han comparado los juicios de resultantes de emplear criterios explícitos e implícitos, están McClain y Reidel (1973), y Grenfield (1982), el de Brook (1973), el de Kane (1981), el de Mushlin y Appel (1980), el de Mates y Sidel (1981). Los hallazgos de estas comparaciones, de manera global, parecen indicar coherencia y racionalidad. McNeil (1976), observó que la elección del régimen terapéutico, dependía no sólo de los beneficios y riesgos inherentes a los regímenes alternativos cuando éstos se implantaban, así como en 1975, atribuyó la importancia del costo monetario como factor determinante de hasta donde han de continuarse las verificaciones más exhaustivas, y qué régimen terapéutico era más preferible;

-----  
(1) Donabedian, A., La investigación sobre la calidad de la atención médica, Salud Pública de México, México, 1980, p.p. 324-327.

también mostró cómo los diferentes pacientes hacen elecciones distintas al ofrecerles un tratamiento con una *mortalidad inmediata mayor*, pero con mayor longevidad ulterior para los sobrevivientes, en comparación con una menor *mortalidad inmediata* conseguida al precio de reducir la longevidad ulterior en 1978, y finalmente en 1981 por el mismo autor hizo referencia análoga en las referencias cuando hay perspectivas de *vida más corta con menor incapacidad frente a una vida más larga, pero con más incapacidades*. Vale la pena mencionar toda esta gama de investigaciones donde se observan avances sobre práctica clínica al través de la redefinición del significado de la calidad de la atención médica.

Bunker (1969) en su obra *The National Catastrophe Study*, donde hace la diferencia entre *mortalidad y los accidentes posquirúrgicos entre los hospitales*. Estudio que repercute en los resultados independientemente de la calidad de la atención médica.

Lipworth (1963), realizó una investigación para el diagnóstico, la edad y el sexo. Roemer (1968), propuso un ajuste para la *duración de la estancia en el hospital*. Es importante considerar la investigación de tipo metodológica que propuso Jonh Williamson (1971), realizada en la Universidad de Johns Hopkins: en donde propuso un *método para especificar los resultados que uno espera obtener, verificar si se han satisfecho o no las expectativas, y evaluar el proceso de antecedentes, así como la estructura en caso de no haberse satisfecho las expectativas*. Además de contribuir a las mejoras metodológicas, ya que tiene un gran número de seguidores de acuerdo a su método propuesto, hasta el momento actual.

Existen métodos de análisis multivariado que permitieron evaluar los efectos independientes, de diferentes variables concomitantes y el grado de variación de la calidad que eran capaces de explicar.

Georgopoulos y Mann (1962), Scott (1976), y Shortell (1976), estudiaron la influencia de variables, tales como la diferenciación, la coordinación, el poder, la especificación de procedimientos de trabajo, y la visibilidad de las consecuencias. Por lo que se considero que este tipo de investigaciones tiene un gran aporte en la evaluación de la calidad de la atención médica en las organizaciones de salud, sin embargo se consideraron en esa época y actualmente que tienen diversos grados de dificultad para su medición, sobre todo cuando la variable dependiente es la calidad de la atención médica a considerar dentro de las investigaciones.

Wyszewianski y A. Donabedian (1981), se refieren a reconocer sobre los estudios que se relacionan a las variaciones en la calidad de la atención médica recibida en el público con diferentes características, considerando como un campo por demás olvidado, aunque constituye un asunto de la mayor importancia política.

A. Donabedian (1978), refiere que aún dentro de todas estas investigaciones que tratan sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, a nivel de estructura, proceso y resultado, existen todavía un cúmulo de inquietantes problemas de los cuales se mencionan dos, en donde cree que se debe tener más atención. En primer lugar en el nivel fundamental, entender la naturaleza, y en segundo lugar, dar mayor atención a las causas de los comportamientos clínicamente importantes en el sistema de atención a la salud, y a la manera

de producir los cambios deseados en el comportamiento.

Con estas premisas, se comparte con A. Donabedian, su propuesta del método integral el cual consiste en la revisión periódica de la estructura, el seguimiento continuo del proceso y el examen sistemático del resultado. Esto ha sido conceptualizado por Freebor y Greenling como un sistema de monitoreo de la calidad de la atención médica, que implica actividades de vigilancia permanente al través de indicadores de salud y de sus servicios. (1-2)

A. Donabedian, de la Universidad de Michigan ha producido a partir de 1962 una serie de escritos en el campo de la investigación de la calidad de la atención médica, que lo ha llevado a ser considerado como una autoridad mundial, siendo su modelo más destacado de Estructura-Proceso-Resultado, y su propuesta de que la investigación debe ser más "continua", es decir deberá haber un monitoreo de la calidad de la atención médica entendida como una necesidad implícita dentro del proceso administrativo. Además ha postulado como esencia de la calidad de la atención se continúe con las proposiciones hechas por Peterson en cuanto a las variables relacionadas con las características físicas de la institución, características personales del prestador de servicios y la satisfacción del usuario, calificadas por este mismo.

Por otra parte D'Geyndt (1970), propone que además de todas las experiencias practicadas por los estudios que antecedieron, se realicen estudios relacionados con el impacto provocado en la salud en la población en general,

-----

- (1) Donabedian, A., Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Ann Arbor, Health Administration Press, 1962, vol., II, p.p. 140-147.
- (2) Donabedian, A., Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank, Memorial Fund Quarterly, 1966, vol., 44, p.p. 181-209.

principio y fin de las prestaciones de servicios. Este nuevo concepto fue aceptado poco después en estudios llevados a cabo en forma multicéntrica en países de economía social.

Por lo tanto D'Geyndt por su parte, formuló una secuencia detallada y con un propósito más social *Estructura-Contenido-Proceso-Resultado-Impacto*, cuyos elementos van más allá de simple servicios de salud para el cuidado y restauración de la salud, sino que abarca y se amplía hacia el estudio de las dimensiones de los problemas de la salud pública, la promoción a la salud, el diagnóstico oportuno, la medicina preventiva, la evaluación de políticas de salud y sus programas.<sup>(1)</sup> Se anexa cuadro 1 en apéndice.

Es importante considerar cualquier tipo de estudio sobre evaluación de la calidad de la atención médica, así como la formulación y el uso de indicadores que ayuden al análisis de la trilogía propuesta por A. Donabedian, o los estudios de impacto propuestos por D'Geyndt.

Finalmente otros métodos de la evaluación de la calidad se han regido a los patrones de uso de utilización de servicios, tal como lo proponen y han llevado a cabo por Moore, Bloon, Gayli, Pepper, Pettus, Willis y otros (1973). Quiénes sugieren que las instituciones de atención pueden obtener información útil y válida para la planeación y reorientación de los programas y políticas de salud por medio del análisis de datos obtenidos del usuario características tales como : edad, raza, sexo, tiempo de espera, utilización de servicios, prontitud para la atención y otros indicadores relacionado

-----  
(1) D'Geyndt, W. "Five Approaches for Assessing the Quality of Care", Hospital Administration, 1970, vol., 15, p.p. 21-42.

con los que prestan el servicio ; mismos que son propuestos también por A. Donabedian, en su clásica libro de la Calidad de Atención Médica.<sup>(1)</sup> Estos mismos autores junto con otros han utilizado este enfoque como son C. Attkinsson, Nguyen, Gottino (1974), ofrecen además un marco conceptual útil para delinear criterios de evaluación de acuerdo con las suposiciones básicas obtenidas de las encuestas realizadas tanto a los usuarios como a los prestadores de los servicios.<sup>(2-3)</sup>

Con las consideraciones sugeridas por C. Attkinsson, se define que es una necesidad del evaluador la utilización de las encuestas como método estratégico para conocer tanto la estructura, proceso y el resultado, de la atención médica y además se entiende a esta encuesta como un proceso de la atención o monitorizado para recopilar y obtener información directamente a partir de censo o muestra dentro de una comunidad de servicios de salud.

Las encuestas para recabar información de salud han tenido los siguientes propósitos.

1. Identificar problemas de salud individual o colectiva;
2. Identificar conductas de prestador de servicios en la consulta otorgada, problemas de efectividad técnica, instalaciones, equipo, organización del personal, financiamiento y otros referentes al proceso;
3. Documenta las opiniones de los médicos y de los usuarios de los servicios cuanto a satisfacción del ritmo de trabajo y del grado de interacción paciente personal;
4. Finalmente identificar el grado de necesidad de salud no satisfechas en el individuo o en la población.<sup>(4)</sup>

(1) Donabedian, A., Ob. cit., p.p. 1-21.

(2) Attkinsson, C., y col., "Administración de Hospitales: Fundamentos y Evaluación del Servicio Hospitalario", Trillas, México, 1968, p.p. 308-540

(3) Donabedian, A., Ob. cit., p.p. 83-105.

(4) Carú, V., Volle, S., Onment News Has Sociomedical Syndicates, International Journal of Health Services, 1976, vol. 6, p.p. 430-437.

Sobre las técnicas de recolección de datos se sugieren tres tipos de encuestas a saber : a). La entrevista telefónica, b). Cuestionario enviado por correo, (con método Delphi modificado).c). La entrevista de persona a persona.

Aunque la metodología de cada una de estas es algo diferente su formato básico es el mismo, pues contienen una serie de preguntas para respuestas potenciales y su formulación está con base a los objetivos que se desean conocer por ejemplo sobre los méritos o defectos relacionados con una técnica quirúrgica, con costos de servicios y otros más. La elección de la encuesta están en relación a la confiabilidad y validez y diseño de la misma. Por ejemplo ; la entrevista telefónica, tiene un costo más bajo, pero su confiabilidad es menor, además pueden dar respuestas más evasivas y están menos dispuestos a revelar la información solicitada. Por otro lado la encuesta de persona a persona ofrece mayores ventajas en cuanto a confiabilidad y desventajas en cuanto a tiempo y costo, pero existe un nivel de motivación tanto para el médico que presta servicios como para el usuario, ya que la presencia del investigador crea un sentimiento de importancia del estudio de la evaluación de la calidad de la atención médica, tanto de sus necesidades particulares, como de las necesidades que le permitan ofrecer un mejor servicio y/u obtener una mejor calidad según el caso, además permite al entrevistador tomar en cuenta las expresiones faciales, los movimientos del cuerpo y la mirada del entrevistado cuando escucha alguna pregunta."Sin embargo difícilmente se miden estas respuestas.

---

(1) G. Attkinson, A. Hargreaves, "Administración de Hospitales: Fundamentos y Evaluación del servicio Hospitalario", ed. Trillas, México, 1968, p.p. 304-444

## 2.2 NACIONALES:

Uno de los pioneros en los estudios tendientes a mejorar la calidad de la atención médica en nuestro país ha sido el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al través del Hospital de la Raza hoy Centro Médico de Especialidades la Raza, planeado desde 1944 como primer hospital de zona del IMSS, cuyo objetivo fundamental fué y es el de ofrecer "atención médica... dentro de las más estrictas normas científicas y de ética profesional". Aquí nació la concepción sistemática de la atención médica, según la cual los hospitales son núcleos, a cuyo alrededor se extiende una periferia de clínicas enclavadas en el habitat de las comunidades, lo que dió origen a los tres niveles de atención médica. Allí nació la investigación científica, que contaba con el apoyo de las Universidades de California y John Hopkins de Washington, en los Estados Unidos de América, y del Instituto Pasteur de Francia, entre otros. Siendo el Centro Médico Nacional la Raza también el portaestandarte del IMSS dónde el trabajo de equipo permitiera la atención inter y multidisciplinaria. En este contexto, el Seguro Social es la realización del proyecto de medicina social más importante de México, con una medicina de alto rango puesta al servicio de los trabajadores. Es un movimiento de grandes flujos financieros, de grandes masas y de grandes objetivos, un movimiento que busca resolver los grandes problemas de bienestar y de la calidad de vida de los mexicanos.<sup>(1)</sup>

(1) Barquín, C., Hospital la Raza: 35 años, *Cuestión Social IMSS, México*, 1969, vol. 13, p. p. 15-23.

Es a donde por primera vez en 1957 se aplica el método de evaluación de la calidad de la atención médica con la *revisión del manejo de expedientes clínicos*. Los resultados de este intento condujeron que un año después se creará La Comisión de Supervisión Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, que al correr del tiempo se constituyó en una área de Evaluación Médica. (13) Esta institución como podemos ver fué pionera de otras instituciones de seguridad social como es el Instituto de Seguridad y Servicios Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y la Secretaría de Salud (SSA), métodos para evaluar la atención médica otorgada a los usuarios. (14) Particularmente entre 1970 y 1976 empezaron aparecer publicaciones con temas sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico-paciente, mortalidad como indicador de calidad, etc... con autores todos ellos trabajadores del IMSS, y aparecen las primeras normas de operación de Comités de Evaluación cuyo inicio se marca a finales de los años 70's. (15)

-----

- (13) IMSS, Subdirección General Médica, "Evaluación del expediente clínico de las Unidades Médicas", México, 1975, p.p. 7-21.
- (14) Barquín C., *Ibidém.*, p. 21-22.
- (15) Aguirre-Ocas, Evaluación de la calidad de la atención médica: expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas", *Salud Pública de México*, México, 1990, vol. 32, p.p. 170-190.
- (16) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Subdirección Médica, "Evaluación del expediente clínico en unidades médicas", México, 1975, p.p. 20-23.
- (17) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Dirección de Servicios Médicos, Auditoría Médica, México, 1982, p.p. 7-30.
- (18) Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planificación, " Modelo del Sistema de Evaluación ", México, 1982, p.p. 3-30.
- (19) Ruiz de Chávez, Martínez Narváez, Aguirre-Ocas, y col., Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención de las Unidades Médicas del Sector salud, *Salud Pública de México*, México, 1990, vol., 32, p.p. 156-169.

En la década de los 80's se identifica un despertar e interés por continuar con los estudios de calidad siendo nuevamente el IMSS, con la formulación y la aplicación de los *Círculos de Calidad*, seguidos posteriormente por el Instituto Nacional de Perinatología en 1985 de la SSA, esta institución desarrolló un esfuerzo por normar la prestación de los servicios al través de la creación de la Dirección General de Servicios de salud. Otra institución dedicada a este tipo de investigación cabe mencionarla y de acuerdo a su peso y seriedad es el Instituto Nacional de Salud Pública, en sus Centros de Investigación en Salud Pública. "

En el Instituto de Salud Pública (1992), se efectuó el III Congreso Nacional de Investigaciones en Salud Pública, en donde se expusieron investigaciones en el campo de los servicios de salud entre los cuales se mencionan para esta investigación algunas que fueron propuestas para la evaluación de la calidad de la atención médica en cualquier de su nivel ya sea *Estructura-Proceso-Resultado*. Uno de ellos es el Análisis Gerencial de los Sistemas de Salud, el cual comprende líneas de investigación sobre los problemas de médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias (Ruelas y col 1982 ), otros estudios estuvieron dirigidos a la medición del grado de calidad al través de escalas cuantitativas mediante observaciones, al través del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social (Maqueo-Ojeda y col., Hernández-Rodríguez y col., Aguirre-Gass en 1982, 1986 y 1990), y otros estudios dirigidos a las relaciones interpersonales

---

(1)Sector Salud, Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la Salud, "Bases para la Evaluación de la calidad de la Atención en la Unidades Médicas del Sector Salud", México, 1987, p.p. 60-66.

médico-paciente ( Garduño, Puchea, Aguirre-Gass y Tennessee Associates de México en 1987, 1988, 1990).

Otro grupo de estudio está dirigido al análisis de los costos y su impacto en la calidad (Cruz-Rivero, Sánchez-Romero y Lastiri en 1982, 1986 y 1988), o al análisis de la satisfacción del trabajador y su impacto en la calidad de los procesos en hospitales y unidades de primer nivel (Laguna y col en 1982).

Existen una gran cantidad de estudios que analizan la opinión de los usuarios sobre la atención médica recibida (Castañeda, Ramírez-Sánchez, Pérez-Cuevas en 1984, 1986 y 1988). Otra línea de investigación importante en nuestro país ha sido el de oferta-demanda de servicios (Durán-Arenasen 1988), morbilidad y usos de salud (Narro-Robles en 1990) y evaluación de necesidades de salud (Martínez-Ortega en 1988). Otros estudios que cabe mencionar son los relacionados a la calidad de la atención médica que analizan la estructura de las organizaciones tanto de primero, como de segundo nivel (Hernández-Reynoso y col. en 1990). Todos estos estudios y otros no mencionados pero de igual o mayor relevancia, están manifestando y apoyando al clásico enfoque de sistemas *Estructura-Proceso-Resultado*, propuesto por A. Donabedian y refuerzan esta investigación en cuanto a los tres elementos ya mencionados:

- A). Atención Técnica;
- B). Manejo de las relaciones interpersonales; y
- C). Amenidades.

Es importante mencionar que cuando fue creado el Sistema Nacional de Salud en México, se promovió la aplicación de políticas y estrategias para consolidarlo al través el Programa Nacional de Salud 84-88", en que se destaca la necesidad de mejorar la calidad con que se otorga la prestación de los servicios de salud, por lo que en 1987 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, cuyo propósito fundamental consistía en elaborar una metodología que permitiera crear mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de la atención médica de los servicios que se otorgan en las instituciones de salud.<sup>(1)</sup>

Este grupo creó un documento intitulado Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica de las Unidades Médicas del Sector Salud<sup>(2)</sup> el cual postula el uso de procedimientos e indicadores para conocer los factores que influyen en la calidad de la atención médica de los servicios de salud. Además es definido como único en cuanto a su formulación conceptual de objetivos políticos y ámbito de aplicación que incluye además la metodología para el desarrollo de una evaluación con fines no punitivos sino de mejoramiento de la calidad en sí. Puntos relevantes del mismo son el señalamiento de la prioridad de los estudios de calidad de la atención y en el que se marca su carácter permanente y periódico, es decir un sistema de monitoreo, como lo expresara C. Attkinson (1974).

(1) Secretaría de Programación y Presupuesto, Subsecretaría de Planeación del Desarrollo y de Control Presupuestal, "Programa Nacional de Salud 1984-1988", México, 1985, p.p. 4-190.

(2) Ruiz de Chávez y col., Op. cit., p. 100.

(3) Ruiz de Chávez y col. *ibid.*

Otro punto a destacar es el método de autoevaluación, es decir, incluye un carácter de aplicación programada por cada una de las áreas de salud. Con el objeto de indicar la problemática existente, estas bases para la evaluación de la calidad de la atención médica de las unidades de atención en el sector salud se apoya en la estructuración y funcionamiento de los siguientes Comités Técnicos de las Unidades:

- a). Comité de Evaluación del Expediente Clínico;
- b). Comité de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias;
- c). Comité de Mortalidad y Morbilidad;
- d). Comité de Tejidos;
- e). Comité de Investigación;
- f). Comité de Suministro o Abastecimientos;
- g). Comité de Formación y Desarrollo del Personal;
- h). Comité de Conservación y Mantenimiento; y
- i). Comité de Salud.

Considerando como elemento indispensable para la correcta estructuración el expediente clínico, instrumento fundamental para la evaluación de la calidad de la atención. Además de que estos Comités deberán como parte integrante del sistema de evaluación y el instructivo correspondiente para el correcto funcionamiento de las unidades.

Actualmente el interés por la calidad de la atención médica ha tomado un inusitado auge a partir de la campaña presidencial del Lic. Carlos Salinas de Gortari, enarbora por primera vez los conceptos de "Calidad y Calidad".

reforzando así la necesidad de poner atención en nuestro Sistema Nacional de Salud, sobre la dimensión interpersonal de la calidad, esto es entre usuarios y prestadores de servicios.<sup>(1)</sup>

La Secretaría de Salud ha publicado una norma técnica para la evaluación de la calidad médica; integrándose a estos esfuerzos el Sector Privado en materia de salud al través de la Asociación Médica de Hospitales y la Cámara Nacional de Hospitales, las que estudian el proceso para analizar los mecanismos de verificación para sus hospitales, cabe destacar también los proyectos y acciones de los diferentes programas de calidad, tales como "*El círculo de Calidad, Costo Beneficio, Costo Efectividad y Otros*", que por el momento no profundizaremos por el hecho de que la investigación a la que nos enfocamos no sigue ningún tipo de línea antes mencionada.

Un programa de características multidimensionales para el desarrollo de los diferentes estudios sobre calidad de la atención en nuestro país lo constituye el esfuerzo realizado por las Instituciones Educativas. Tal es el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)<sup>(2)</sup> que desarrolla la Maestría de Atención Médica y Administración de Hospitales en la Facultad de Contaduría y Administración y el programa de Maestría en Investigación de Servicios de Salud (MISS),<sup>(3)</sup> de la Escuela de Estudios Profesionales Iztacala

-----  
(1) Secretaría de Programación y Presupuesto, Subsecretaría de Planeación del Desarrollo y de Control Presupuestal, "Plan Nacional de Desarrollo 1980-1994", México, 1980, p.p. 3-120.

(2) Programa de Estudios de la Maestría de Atención Médica y Administración de Hospitales, de la Facultad de Contaduría y Administración, UNAM, México, 1990.

(3) Programa de Estudios de la Maestría de Investigación de Servicios de Salud, ENEP-Iztacala, México, 1990.

(ENEP-Iztacala), ambos programas cuentan con asignaturas relacionadas con la administración para sistemas de salud, gerencia de hospitales, sistemas de evaluación, y en especial en la MISS con áreas de investigación evaluativa, planeación estratégica y prospectiva, así como organización y administración de servicios de salud con un enfoque multidisciplinario, matemático, metodológico al través de investigación de operaciones.

Existen otras instituciones educativas que han trabajado en los estudios de calidad como es en la Escuela de Salud Pública del Instituto de Salud Pública, la que por muchos años ha desarrollado los programas de Maestría en Salud Pública, Maestría en Investigación de Hospitales (actualmente especialidad). Así como la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), en su unidad de Xochimilco con su Maestría en Salud Pública, mencionando también las Universidades de Veracruz y Guadalajara entre otras."<sup>4)</sup>

- 
- (1) Programa de la Maestría en Investigación, impartido en el Instituto de Salud Pública, así como el Programa en Investigación de Hospitales del Mismo Instituto, México, 1990.
  - (2) V. Vintiegra, Análisis y Perspectivas de la Formación de Investigadores en el Área de salud, *Ciudad, IDES*, Vol. 30, p.p. 231-245.
  - (3) Rodríguez, Domínguez, López Acuña, "La investigación de servicios de salud", México, 1980, p.p. 1-12.
  - (4) CONACYT, Programa Nacional Indicativo de Salud, Subcomité Asesor del Área de Investigación de Servicios de Salud, "Investigación de Servicios de Salud (ISS)", México, 1982, p.p. 1-47.
  - (5) Hiert, "Investigación de Servicios de Salud ¿Porqué y cómo?", Mesa Redonda, México, 1986, p.p. 1-21.

### 3 MARCO TEORICO

#### 3.1.1 CONCEPTOS DE CALIDAD.

Iniciaremos este capítulo definiendo cómo en la reunión OMS-UNICEF DE ALMA-ATA se consideró el concepto de salud como un derecho fundamental cuyo objetivo social debe ser prioritario para todos los países.<sup>(1)</sup>

La definición que da la OMS de la salud es en términos más difíciles ya que con ello se sigue midiendo el daño, la incapacidad y la muerte. Lo que parece indicar que la sociedad identifica como causas fundamentales de enfermedad que tienen la menor relación posible con la estructura social y que pueden ser atacadas sin cambiar ésta.<sup>(2)</sup>

En la presente investigación se considera a la salud como un estado biológico y social no realista :

" La noción de la salud implica ideas de variación y de adaptación continua, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación por lo que ésta admite que la salud sea la ausencia de enfermedad y viceversa, existiendo una escala de variación, con estados intermedios, que va desde la adaptación perfecta hasta la desadaptación que se llama enfermedad "

-----  
(1)OMS-UNICEF: " Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades "

(2)OMS, "Informe final de la conferencia de atención primaria de salud, Alma-Ata" URSS, 1978, p.p. 2-5.

Esta concepción de salud debe de quedar en un plano no estático sino que pasa a un equilibrio dinámico." Por lo que la salud no es un fin sino va acompañado de un goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano y del disfrute del bienestar y de contribución productiva al progreso social.<sup>(1)</sup> A la aplicación tecnológica del conocimiento científico en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, o en la conservación de los estados de salud, los logros más importantes en salud que se han ido alcanzando principalmente al través del mejoramiento general de las condiciones de vida. Si realmente lo que se busca es la convergencia de intervenciones multisectoriales y no solo de los sistemas de salud el concepto de salud queda centrado no sólo como un atributo de bienestar, sino queda integrado y centrado en la dignidad de la vida, abriéndose multidimensionalmente en cuatro categorías : de potencial, de estilo, de calidad y de significado de vida. Por lo que dentro de la calidad de vida se comprende la disponibilidad de bienes y servicios y su distribución.<sup>(2)</sup>

Los objetivos de un sistema de salud no deben restringirse al mejoramiento de la salud o a la recuperación de las funciones, sino de englobar sistemática y holísticamente todo su conjunto. Aunque este objetivo está dentro de la práctica médica, no está considerado como tal en la organización de los servicios, ya que lo que pretende es " curar" término no bien definido, impreciso, difícil y a veces imposible de lograrlo, sin embargo a partir de la

(1)Moro, F., Herah, P. "Introducción a la medicina social y salud pública". UAM-X, México, 1984, p.p. 20-30.

(2)San Martín, H., "Ecología humana y salud", PMH, México, 1979, p.p. 50-60.

(3)Laurel, A., La salud y la enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de salud, México, 1982, p.p. 42-44.

década de los 60's, con la implantación del modelo típicamente curativo, ocasionó todas estas desviaciones, por lo que más adelante se comentará, en forma comparativa el propuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social, denominado " Modelo Modernista de la Atención Médica " , implantado a partir de 1971, tratando de considerar los problemas de salud en un entorno más completo de *3* *estructura-Proceso-Resultado*.

Una vez ya definida la salud consideraremos la definición de los servicios de salud como :  
" se medir un fenómeno o del desempeño de un proceso, comparado el resultado obtenido con criterios pre-establecidos y se hace un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia ".<sup>(1)</sup>

La evaluación de los servicios de salud comprende dos grandes temas en la gestión en términos de esfuerzo, es decir estructura y procesos, la primera se haya constituida por disponibilidad y accesibilidad y la segunda se considera en extensión o intensidad de uso, utilización cuantitativa, utilización organizacional, productividad y rendimiento, calidad ( calidad técnica : integridad, contenidos, destrezas y oportunidad y calidad de carácter humano) En relación a resultado frente a la población, o sea a su impacto a determinar efectividad, cobertura, eficiencia y eficacia.

-----  
(1) Peña Mohr, J., "Administración para el desarrollo de la salud: búsqueda de alternativas de relevancia. La salud en América Latina, aspecto prioritarios de su administración", FCE, México, 1968, p.p. 30-30.

En la conceptualización de la calidad de la atención médica se mencionan tres definiciones que contribuyen a operativizar las variables de estudio, el primero de ellos lo puntualiza :

1. Lee y Jones (1933), estos autores refieren que dicho concepto no es absoluto sino que está en relación a variantes de una sociedad a otra. Le dan un enfoque eminentemente práctico, no filosófico caracterizado por el cumplimiento de tres parámetros que son : a) normativo, b) técnico, e c) interpersonal. Este concepto integra a la calidad de la atención médica como un atributo propio de quien lo ejerce y que puede ser visto de diferente forma dependiendo de quien lo reciba. Engloba una conducta normativa y operativa que deben de ser congruentes con la conducta de los profesionales de la salud en este caso la medicina no se limita al cumplimiento sólo de los criterios médicos, sino también de los criterios para normatizar dicha calidad.<sup>(1)</sup>
2. A. Donabedian (1978), a él pertenece una de las definiciones más utilizadas dentro de los estudios de la calidad de la atención médica que está acorde con la concepción de Lee y Jones, en lo referente como un atributo inherente al objeto y reconocida por el objeto. También caracteriza a la calidad por variantes como la atención técnica, el manejo de las relaciones interpersonales y el ambiente físico en que se desarrolla el proceso de atención, partiendo de la teoría de sistemas, desarrolló

---

(1) Lee, R., y Jones, L., " The Fundamentals of good medical care ", Chicago, 1933, p. p. 30-32.

el estudio de calidad con estos tres ejes y los títulos son *Estructura Proceso y Resultado*, donde la calidad es medida al través de grados, y los cuales a su vez dependen del grado de cumplimiento de normas establecidas, por tanto las normas derivan ya sea de la ciencia de la medicina (atención técnica), de los procedimientos administrativos y tecnológicos (de relaciones interpersonales) y finalmente de la satisfacción del usuario y del prestador de servicio (amenidades).<sup>(1)</sup>

3. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para esta institución el concepto de calidad inicia y termina con la satisfacción del usuario, que comprende a su vez la interrelación de elementos previos para lograr con ello lo siguientes objetivos: mejoría continua, el liderazgo y desarrollo de programas de capacitación, teniendo la calidad una dimensión dirigida al cambio y con una estructura que parte con una orientación hacia el usuario, y del cumplimiento del liderazgo así como el trabajo en equipo. Haciéndose la medición de la misma al través de procesos para evaluar no sólo el comportamiento y satisfacción del usuario, sino del comportamiento del prestador de servicios. A diferencia de los dos autores anteriores este concepto, se apega más a la idiosincracia de nuestro país. <sup>(2)</sup>

-----  
(1) A. Donabedian, Op. cit. p.p. 3-39.

(2) I.M.S.S., Subdirección General Médica, "Evaluación de la calidad de la atención de las unidades médicas del I.M.S.S.", México, 1987, p.p. 150-165.

En relación al enfoque de *Estructura-Proceso-Resultado* se cuestiona el planteamiento siguiente :

#### **ESTRUCTURA FISICA DE LA UNIDAD**

Comprende el conjunto de recursos físicos y materiales que posee la unidad prestadora de servicio así como el buen cumplimiento de los procedimientos prescritos, ( éste implica un riesgo, pues indica que a mayor tecnología pudiera esperarse mayor calidad), lo que no es siempre así ya que éste está en relación al cumplimiento de los criterios previamente establecidos y no al mayor o menor grado cuantitativo de los recursos existentes.

#### **PROCESOS DE LA UNIDAD**

Comprende el conjunto de educación y formación académica, conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos que debe poseer el prestador de servicios y en tanto mayor sea el grado de los mismos, en tanto más será el grado de calidad, es decir está en relación directa al grado o nivel académico del médico y del personal paramédico.

#### **RESULTADOS DE LA UNIDAD**

Comprende el conjunto de relaciones interpersonales ( humanas ) entre el prestador de servicio y el usuario, entre el prestador con el prestador de servicios y con el prestador y las autoridades. Incluye además el proceso de dirección y liderazgo que ejerzan los directivos para cumplir y hacer cumplir los procedimientos administrativos-técnico-académico.

Es por ello que la vigilancia del cumplimiento de funciones y actividades debe comprender un conjunto de elementos que integren el sistema de supervisión operativa de los servicios con un enfoque cualitativo y cuantitativo no

punitivo. Sin embargo los casos que ameriten imposición de las medidas correctivas deberán hacerse con un enfoque de mejoramiento o del cambio para lograr las funciones de las actividades señaladas.

Considerando los criterios de calidad de la atención médica comprenden a todo el conjunto de indicadores sobre el cumplimiento de los criterios establecidos previamente para el grado de calidad que se pretende alcanzar con el propósito de evaluar la calidad de la atención médica en forma continua con el proceso de atención otorgada.

Es por ello que la interrelación de todos estos conjuntos enmarcan un enfoque sistémico del concepto de calidad de la atención médica que implica la interrelación de sus conjuntos o de sus sistemas en forma conjunta con otros sistemas como son el educativo, el económico, el social, el político y otros, dado que la salud es un proceso social determinado históricamente y no el resultado de la interacción de los procesos aislados como se ha pretendido realizar o evaluar ya que no se podrá dar un grado de calidad de la atención médica deseado, sino se cumple el grado de calidad esperado dentro de los demás sistemas contemplado y así sucesivamente.

La definición de calidad de la atención médica que se propone para esta investigación y de acuerdo a lo revisado es en los siguientes términos :

Es el conjunto de propiedades cualitativas y cuantitativas que determinan el grado o nivel de un servicio de salud, mediante el uso de parámetros (indicadores) de medición, del cumplimiento de criterios pre establecidos en forma total .

Este concepto habla de la interacción de diversos elementos y no la sola

ausencia de alguno de ellos influirá en los diferentes grados de calidad de la atención médica. Considerando que la calidad total " SOLO " existirá en tanto exista la calidad total de los servicios de salud y no de algunos por separado. Con fines operativos de esta investigación se considera la utilidad del modelo de *Estructura-Proceso-Resultado* (se anexa modelo), mediante el estudio de tres elementos presentados en la conceptualización anterior, a saber :

- A. Formación académica : *Entrada.*
- B. Expediente clínico : *Proceso.*
- C. Satisfacción del usuario : *Resultado.*

Esta insistencia sobre el carácter totalitario integral de los juicios relativos a la calidad de la atención médica, tiene su razón de ser en la participación de los métodos que se emplean para determinarla, ya que en la complejidad del proceso de atención, éste puede ser subdividido en elementos, con la utilidad de hacer cada uno de ellos un objetivo terminal en sí mismo. En general la medición de la calidad de la atención médica se ha concentrado en la estructura, la organización, el proceso, los resultados y las interrelaciones del elemento humano que se dan en la misma, estos aspectos implican un cúmulo de procedimientos y correlación de variables que pueden llegar o no a conformar un todo coherente en torno a la calidad.

En caso de que se realicen estudios por aislado en cuanto a factores de la estructura, se proponen el conjunto de recursos financieros, físicos y humanos asignados a un sistema de salud, en términos de productividad o desempeño cuantitativo. Al hacer estudios en forma independiente del proceso se pueden hacer análisis de los eventos que se dan durante la atención médica,

involucrando al personal médico y paramédico, proponiendo que la mejor forma de hacerlo es al través de instrumentos medibles tales como el expediente clínico, la autoenseñanza o educación continua y en cuanto al acto médico mismo (técnicas quirúrgicas, procedimientos diagnósticos, procedimientos de laboratorio y gabinete etc.), más conocidos como desempeño cuantitativo. En cuanto a estudios del factor de resultado puede realizarse un análisis que puedan suceder en relación a dos eventos; por un lado el que se enfoca a la productividad en cuanto a egresos y el otro el que se dirige al cumplimiento de criterios y múltiples procedimientos de acción, más conocido como desempeño cualitativo.

Lo que para está investigación se ha considerado la interrelación de estos tres elementos, en cada conjunto par analizarlos en forma de sistema con un enfoque sistémico multidimensional, que permitirán acercarnos al puntaje de calidad de la atención médica buscado, en la medida de búsqueda de indicadores o criterios de una situación real que den una comparación con un modelo diseñado en la planeación del sistema de atención de salud, en relación a sus objetivos y metas propuestas de acuerdo a cada necesidad.

Es por ello que se debe considerar un criterio con un estándar homogéneo para la asignación de valores a determinados indicadores que nos permitan medir los niveles de calidad alcanzados en situaciones específicas, de ahí su dimensión cuanti y cualitativa de la calidad de la atención médica. Si la cantidad de servicios médicos es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir; por el contrario una excesiva de servicios pueden conducir a un incremento en riesgos a los que se expone al paciente. Por otro lado esta

relación en cantidad y calidad implica necesariamente también una relación entre los costos y la calidad, lo que fué denominado por Donabedian como "El Modelo Unificado de la Calidad .." No profundizaremos en esto porque no es el motivo de la investigación. Otra relación interesante entre costos y calidad es el juicio que resulta de considerar que entre más alto sea el costo, mayor será el grado de calidad y viceversa, a este modelo se le conoce como " el impacto de los costos sobre calidad ".

Es por ello que en esta investigación se propone la evaluación de la calidad de la atención médica estudiando los tres elementos siguientes:

El primer elemento de atención técnica se refiere al grado de aplicación de los recursos científicos y tecnológicos de la medicina y de las otras disciplinas de la salud; cabe decir que a mayor grado de formación académica mejor calidad de la atención médica y que a mejor uso de los recursos tecnológicos mayor calidad de atención.

El segundo elemento, es el manejo de las relaciones interpersonales que incluye el desarrollo organizacional, en un análisis de la responsabilidad de la dirección y de la autoridad, y también incluye las relaciones prestador-prestador y prestador-usuario.

El tercer elemento lo constituyen las amenidades que se refieren a las características de comodidad, accesibilidad, tiempo, trato y opinión del usuario en relación a la atención recibida, ya que significa el grado de interés por parte del prestador de servicio para satisfacer la necesidad del derechohabiente.

-----  
(1) Donabedian, A., Idem, p. 23.

### 3.1.2 CONCEPTOS SOBRE EVALUACION.

Se harán mención también de varios conceptos que se consideran para evaluar la calidad de la atención médica, dentro de los cuales son los más conocidos :

La evaluación es la parte esencial de la planificación y la administración en salud basada en el análisis de los datos y en la experiencia medida. Entendiéndose la evaluación de los servicios de salud, como el proceso sistemático y científico para determinar el grado de acciones, alcanzar los objetivos predeterminados. Esto incluye la medida de adecuación, efectividad y eficacia de los servicios de salud, y de la posibilidad de reabordar prioridades y recursos con base en las necesidades cambiantes de salud.<sup>(1)</sup>

1. A. Donabedian ha reunido tres enfoques para la evaluación. Estos son :

La *Estructura* que describe el marco en el cual se encuentra la atención médica y cómo es producida.

El *Proceso* que incluye a los problemas de reconocimiento, procedimientos diagnósticos tratamiento y manejo clínico, atención y prevención.

El *Resultado* corresponde básicamente a los cambios en el estado de salud que se puede atribuir a la atención médica. Es bajo estos tres principios que la evaluación de servicios de salud puede ser ubicada.<sup>(2)</sup>

2. Shortell y Richardson, la evaluación consiste en : El uso del método científico o una aproximación de éste, con la finalidad de comparar el grado con el cual un conjunto organizado de afectividades ha logrado los objetivos perseguidos.<sup>(3)</sup>

(1)Warren, M., "Evaluation as a Tool in Health Planning and Management", Oxford, 1970, p. 120.

(2)Donabedian A., "Evaluating the Quality of Medical Care", Fund. Quart, 1966, Vol. 44, p. 164.

(3)Shortell,S., y Richardson,W., " Health Program Evaluation" ,New York, 1978.

3. Attkinson y col., sobre evaluación dicen: es el proceso de elaboración de juicios razonables acerca de los esfuerzos de un programa, la eficacia y efectividad del mismo, basados en la recolección sistemática de datos y su análisis. La información generada en este proceso es utilizada en la administración de programas.<sup>(1)</sup>
4. Por último Suchman, considera la evaluación como la determinación (ya sea basada en opiniones de expertos, registro, datos subjetivos y objetivos) de los resultados (ya sean deseables o indeseables, transitorios o permanentes, inmediatos o mediatos) alcanzados por alguna actividad (ya sea un programa o parte de él, un tratamiento, etc.) diseñado para lograr alguna meta u objetivo (ya sea último, intermedio o inmediato a corto o largo plazo).<sup>(2)</sup>

Esta alternativa de formular una escala de valores para calificar con fines de evaluación el proceso de la atención médica, puede ser eminentemente subjetiva, por lo que es importante determinar parámetros cuantitativos que permitan calificar con claridad los diferentes puntajes de calificación de calidad de la atención médica, para no permitir sesgos condicionados por el investigador. Por lo que las tendencias actuales en la calidad de la atención médica utilizan el enfoque de la teoría general de sistemas, el cual incluye el análisis de la entrada, de los procesos y de la salida; dicho de otra forma es el enfoque preconizado por A. Donabedian y al que se ha mencionado anteriormente como *Estructura-Proceso-Resultado*.

-----  
<sup>(1)</sup>Shortell, S., y Richardso, W., "Health Program Evaluation", New York, 1978.

<sup>(2)</sup>Attkins, C., "Evaluation of Human Service Programs", New York, 1978.

<sup>(3)</sup>Suchman, E., "Evaluative Research", New York, 1972.

### 3.1.2.1 USOS DE ESCALAS DE LA EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA.

Una de las escalas más utilizadas dentro del proceso de evaluación ha sido la propuesta por Thurstone, conocida como "escala de intervalos aparentemente iguales", escala que trata de distinguir o clasificar a los individuos según un sistema, de manera tal que los intervalos entre los rangos asignados por las escalas sean aproximadamente iguales, la medición trata de establecer el nivel intercalar, por lo que los puntaje se elegirán de cada una de las categorías ordenadas, dando preferencia a aquellos en cuyos rangos están en desacuerdo los jueces, lo que se ha dado en llamar *Ley de Juicio Comparativo*. Es importante señalar que los jueces no escriben sus opiniones personales respecto a si están o no de acuerdo con la ponderación de las variables se elijan de cada una de las categorías ordenadas, dando preferencia a aquellos en cuyos rangos están en desacuerdo los jueces.<sup>(4)</sup>

Es importante señalar que los jueces no escriben sus opiniones personales si están o no de acuerdo con la ponderación de las variables, sino que solamente propondrán una categoría en un rango de uno a once según su significado, y de uno a cuatro satisfecho, de cinco a ocho neutral y de nueve a once muy satisfecho.

---

(4)Thurstone, L., y Chave, E., " The Measurement of attitudes ", Chicago, 1920  
p.p. 57-59

Escala de Likert, tiene el propósito de asegurar que todas las ponderaciones de las variables midan lo mismo, elimina la necesidad de un grupo de jueces para analizar las ponderaciones asignadas, y deben de expresar un rango de actitudes desde extraordinariamente positivas hasta extraordinariamente negativas (50% - 50%), teniendo cada ponderación varias alternativas que el sujeto debe de contestar en una sola alternativa que son fijadas para todas las ponderaciones por ejemplo: muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo, ni desacuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo."La puntuación es positiva de 5 a 1.

En el seminario ejecutivo para la administración del proceso de la calidad, Tennessee Associates de México, en 1990 propuso el uso de medición del consenso como un método para registrar los porcentajes de acuerdo a las personas en relación a la utilización de los servicios. El consenso se obtiene cuando cada persona ha tenido la oportunidad de hablar o expresar su sentir y el espacio para ser escuchado con sinceridad, este enfoque hacia la medición del sentir de los usuarios toma tiempo y confianza en relación al siguiente formulario :<sup>(2)</sup>

PROCESO DE CONSENSO + CONOCIMIENTO + MOTIVACION = GRADO DE CALIDAD

Se entenderá por consenso al resultado que refleja los puntos de vista de los elementos que entran del proceso de la atención médica, que para esta

(1) Likert, The attitude of especial group toward the employment of older persons, *Journal of Gerontology*, 1957, p.p. 214-220.

(2) Tennessee Associates de México, IMSS, "Administración para el proceso para la calidad IMSS", México, 1990, p.p. 1-100.

Investigación será: el médico y el usuario, y aunque las opiniones y expresiones de todos no sean idénticas, se registrará el sentimiento y pensamiento de cada uno al momento de la encuesta.

En este seminario también se propuso una escala variante en cuyo rango de calificación de las variables van del uno al diez para otorgar el grado de medición por los elementos del consenso por ejemplo:

*Evaluación del proceso del equipo.*

INSTRUCCIONES: encierra en un círculo el número para cada dimensión que refleja su evaluación del trabajo en equipo.

LIDERAZGO

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

---

No existen esfuerzos  
por hacer trabajo en  
equipo.

El líder del equipo y el  
equipo mismo participan con  
gran esfuerzo.

Otra escala que es considerada es la mencionada en las Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud, propuesto por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, es la siguiente: el objetivo principal de esta escala es determinar criterios absolutos de evaluación que, ordenados en una escala lógica permitan establecer juicios de valor útiles para discriminar el grado de calidad de un concepto. Así se consideró en primer instancia el concepto de Suficiente: cuando las acciones realizadas y los recursos disponibles condujeron a

resultados que permitieron el cumplimiento de objetivos propuestos para la atención del paciente. Insuficiente: cuando los resultados obtenidos no permitieron alcanzar el logro de objetivos de atención propuesta. Excelente: cuando al través de las acciones realizadas y utilizadas de los recursos disponibles se obtuvieron resultados óptimos en la evaluación del concepto. No Realizado: no se obtuvieron los resultados debidamente. Inadecuado: los resultados en la evaluación del concepto son negativos y No evaluable: aplicable a conceptos del sistema de evaluación, que no son factibles de calificar en un servicio determinado."<sup>1</sup>

En 1985 la Subdirección Normativa de la Subdirección General Médica del ISSSTE en su Cédula de Evaluación Médica, propone una calificación de cuatro rubros: MB= muy bien de 90 a 100, B= bien de 75 a 89, R= regular de 60 a 74 M= mal menos de 60, y NE= no evaluable o no considerable.<sup>2</sup>

La revisión de todas estas escalas hicieron que se consideraran para la evaluación de los criterios de puntaje y valores de medición que se asignaron para esta investigación considerándose todas las recomendaciones y la mayoría de estos de acuerdo a una realidad supuesta y encontrada, al levantamiento de los datos con los tres instrumentos propuestos para el logro de los resultados finales. Escalas que más adelante se destacan para la evaluación por, con lo que se tratará de lograr el resultado final del puntaje integral de calidad de la atención otorgada en las Unidades de Medicina Familiar de la Subdelegación

-----  
<sup>1</sup>Sector Salud, Grupo Básico Inter Institucional de evaluación para la salud, "Bases para la evaluación de la calidad de la atención médica de las Unidades Médicas del Sector Salud, Salud Pública de México, 1987, 1988, p.p. 107-168.

<sup>2</sup>ISSSTE, Manual de Organizaciones, Subdirección Médica, Evaluación del Expediente Clínico en Unidades Médicas, México, 1975, p.p. 329-345.

de Tlalnepantla del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social. De todo este análisis conceptual se propone la siguiente definición de la evaluación de la calidad de la atención médica propuesta para esta investigación:

*“Es el proceso sistematizado para medir las propiedades cualitativas y cuantitativas de los diferentes grados de calidad mediante el uso de criterios preestablecidos, con el fin de detectar aciertos y desviaciones y reforzar el cumplimiento de las normas y procedimientos clínico-administrativos.”*“

---

(1) Salinas-Montoya, Evaluación de la Calidad de la Atención Médica de las Unidades de Medicina Familiar de la Subdelegación Tlalnepantla, en el Estado de México, Definición propuesta para esta investigación, México, 1992.

**3.1.3 APLICACION DEL MODELO ESTRUCTURA-PROCESO-RESULTADO  
EN LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.**

La calidad de la atención médica es un atributo que esta debe tener un grado mayor o menor, implica que el objeto primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes lo que se le ha dado en llamar "Proceso de la atención" entrelazándose ambos al través de la revisión de la información registrada (expediente clínico) que permite una reconstrucción más o menos precisa de cómo están las cosas.

La buena atención médica es la clase de medicina que practican y enseñan dentro de la profesión médica en determinado momento o periodo social, cultura y de desarrollo profesional en una comunidad o grupo de población ..... el concepto de buena atención médica que en algunos artículos consideran pueden enunciarse de la siguiente manera :<sup>11</sup>

- 1) *La buena atención médica se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas.*
- 2) *La buena atención médica enfatiza la prevención.*
- 3) *La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica.*
- 4) *La buena atención médica trata al individuo como un todo ( como un sistema holístico ).*

-----

Miles y Jones, Op. cit. p.p. 6-10

- 5) La buena atención médica mantiene una relación personal estrecha y continua entre el médico y el paciente.
- 6) La buena atención médica está coordinada con el trabajo y la asistencia social.
- 7) La buena atención médica coordina todos los tipos de servicios médicos.
- 8) La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna de las necesidades de toda la gente.

Estos conceptos son los propuestos dentro de la obra de Lee y Jones que en el Apéndice A del libro de calidad de la atención médica de A. Donabedian," especifican más detalladamente los atributos de la calidad, tomada del trabajo de Lee y Jones (1933).

Es difícil entender la dualidad real o imaginaria del proceso resultado como medios para valorar la calidad de la atención, por lo que ahora lo único que se necesita es aceptar provisionalmente que hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad : *Estructura-Proceso-Resultado*. Este triple enfoque es posible porque existe una relación funcional entre los tres elementos, que puede mostrarse esquemáticamente como sigue:"

ESTRUCTURA \_\_\_\_\_ PROCESO \_\_\_\_\_ RESULTADO

Esto significa que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tiene una propensión a influir sobre el proceso de

(1)A. Donabedian, Op. cit. p. 90-110.

atención disminuyendo o acrecentando su calidad. En forma similar, los cambios en el proceso de la atención incluyendo las variaciones en su calidad, influirán en el proceso de la atención sobre el estado de salud en su definición más amplia. Y es por ello que a partir de este enfoque se ha podido lograr o generar una variedad de clasificación de indicadores más específicos de la calidad de la atención médica.

La trilogía del *Proceso-Estructura-Resultado* tiene antecedentes como descendientes, como se contempla en el cuadro 1 que se anexa."<sup>1</sup>

La elección de este enfoque es lo que va a permitir que se aplique en la evaluación un monitoreo constante y permanente lo que va a favorecer la "Garantía de Calidad" (aunque esto es, creo yo, un término demasiado optimista). Ya que hay que considerar que el monitoreo ya sea fuera o dentro de la organización es por sí mismo una parte de la estructura.

Los métodos de evaluación acerca del grado de calidad de dicho proceso de atención pueden hacerse ya sea al través de la observación directa o al través de la revisión de la información registrada, las que permitirán una reconstrucción más o menos precisa y real de como se cumplen dichos criterios. Por tanto la elección del enfoque para esta evaluación debe ser un asunto de factibilidad de medición del cumplimiento de criterios, además de ser también un asunto relacionado con la facilidad con que los profesionales y otros colaboradores aceptan el método y encuentran que sus resultados son persuasivos para la toma de decisiones una vez encontrado el tipo y el puntaje de calificación de la calidad de la atención médica.

-----  
<sup>(1)</sup>A. Donabedian, Op. cit., p. 105.

\* El término en inglés es quality assurance

Es por ello que el método *Estructura-Proceso-Resultado* sea el más utilizado dentro de algunas investigaciones ya que permite ser factible en cuanto al estudio que se propone y facilita la obtención de resultados, amén que su costo-beneficio es menor que el de estudios de tipo prospectivo o cuantitativo.

Sin embargo, es interesante observar, que ni el análisis de la estructura por separado, ni del proceso, ni del resultado están libres de problema éticos, políticos y socioeconómicos. Al emplear el análisis de los criterios de evaluación de la *Estructura-Proceso-Resultado*, además de surgir una gran cantidad de problemas y conflictos entre el evaluador y el evaluado acerca del cumplimiento de dichos criterios y resultan excusas del tipo del que se encuentra en una etapa experimental o que existe poca participación del trabajador de la salud.

Entiéndase *Estructura - Proceso - Resultado* como sigue :

**Estructura:**

Se define como aquella característica tanto del prestador de servicios de salud como del equipo y recursos tecnológicos que se utilizan en los procedimientos para el otorgamiento de la atención; así mismo incluyen las áreas físicas y los tipos de organización administrativa en que se lleva a cabo el proceso de la atención médica así como los marcos legales y la serie de programas de atención médica de salud pública. Este concepto de estructura abarca también el número, la distribución y calificación del grado de formación del personal médico y paramédico; así como el tamaño y tipo de administración gerencial. Los tipos de financiamiento y del presupuesto por programas que incluyen a la entrada del sistema de atención y finalmente a todo el personal en cuanto al sistema de ambiente de trabajo y motivaciones para el desarrollo de los programas laborales.

**Proceso:**

Se define como la etapa de ejecución y desarrollo en el momento de otorgar la atención así como las diferentes estrategias que se están llevando a cabo para otorgar los servicios tales como: tiempo, lugar, espacio, estilo directivo, uso de recursos almacenados y el uso de recursos tecnológicos para la atención médica. Este proceso de atención no es ajeno a las características del proceso en general definido en la teoría general de sistemas, por lo que implica una definición a todo proceso dentro del proceso de la atención médica. Vale la pena mencionar que se puede considerar como la caja negra en que se sabe se está dando la atención pero se desconoce cómo se está llevando a cabo, por lo que es necesario utilizar indicadores indirectos que apoyen a conocerlo a posteriori.

**Resultado:**

Está en relación con las actitudes del profesional, del usuario de la enfermedad y por ende de la morbilidad, incapacidad y que además incluye la satisfacción en cuanto a accesibilidad, costo del servicio, utilización del recurso tecnológico, comodidad y sobre todo la resolución del proceso de la salud demandada. Otros autores la definen como la satisfacción en cuanto el tiempo destinado a la atención del paciente y con las condiciones y recursos necesarios para dar una excelente atención médica, los indicadores más importantes y útiles son del tipo de encuestas de opinión que acercan a una realidad de calidad recibida.

Cabe señalar que cuando exista una relación causal entre la **Estructura-Proceso-Resultado** y se demuestra científicamente al través de estudios e investigaciones analíticas, este método adquiere su utilidad en su más amplio concepto para la toma de decisiones.

Esta investigación se considera que puede contribuir a dar mayor peso científico por el uso de encuestas sobre opinión de los usuarios, con las expectativas de encontrar el mejor indicador del grado de satisfacción en relación al grado de calidad. Esto no significa que la investigación prescindiera de la relación causa-efecto de **Estructura-Proceso-Resultado**. Considerando que esto pudiera ser motivo de otras posteriores investigaciones y otros tipos de diseños de estudio.

**3.1.4. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS  
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

El Instituto Mexicano del Seguro Social nació hace 45 años dentro del proceso revolucionario como resultado de un acto de voluntad política para dar salud y seguridad social a los trabajadores de México, conforme a nuestras realidades, experiencias, costumbres y tradiciones. Por lo que se ha considerado dentro de su filosofía y diario quehacer una de las mayores expresiones de solidaridad humana, que se manifiesta básicamente entre sus propios asegurados, entre sanos y enfermos, entre la distintas regiones del país, entre hombres y mujeres, entre generación y generación, además de ser un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, compuesto éste a partir de la cuotas obrero patronales que forman parte de los salarios de los trabajadores, por lo que constituye un bien inalienable que a ellos pertenece. Sus órganos superiores : Asamblea General, el Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia, están estructurados en forma tripartita y ante poniedo el interés particular supremo de la nación.<sup>(1)(2)</sup>

(1) Galindo, P., LXIX Asamblea General, (Calibrada en México el 10 de julio de 1991, Comisión Social México 1991, No. 22, p.p. 8-P, 102-108.

(2) IMSS, LXIII, Asamblea General de IMSS, Comisión Social México, 1988, No. 42

p. p. 8-P.

(3) IMSS, Evaluación general de la labor del Instituto Mexicano del Seguro Social (Informe del director general, 9 nov. 1988) Comisión Social México, 1988, p. p. 134-145.

Y responde al llamado presidencial, a la unidad de todos los mexicanos en forma conjunta, solidaria y corresponsable para alcanzar los objetivos señalados desde el inicio del sexenio: " *incrementar la calidad, cantidad, oportunidad y el sentido humano de los servicios y prestaciones; ampliar la capacidad instalada e incorporar nuevos municipios o grupos sociales, preservando el equilibrio financiero de la institución, entendido no como fin en sí mismo, sino como medio para garantizar su permanencia.*

#### 3.1.4.1 ACCIONES DE LA SOLIDARIDAD SOCIAL.

Por acuerdo de la asamblea general y del consejo técnico se llevaron a cabo acciones solidarias que hacen extensivos a toda la población los siguientes beneficios :<sup>(1-3)</sup>

- a) Población amparada: hasta la fecha 48 millones hasta 1992.
- b) Programa IMSS -COPLAMAR, protege más de 10 millones de personas en zonas de profunda marginación en 17 estados de la república.
- c) Prestaciones médicas: para cumplir con la tarea fundamental de velar por la salud de la población protegida bajo cuatro puntos esenciales :

-----  
(1)Fabela, G., Buscamos diseñar el nuevo IMSS, *Cuadernos Social, México*, 1991, No. 22, p.p. 10-15.  
(2)Ortiz, P., Los trabajadores hacemos el Seguro Social, *Cuadernos Social México*, 1988, No. 12, p.p. 38-39.  
(3)IMSS, Acciones Básicas del IMSS, 1982-1988, *Cuadernos Social, México*, 1988, No. 12, p.p. 15.  
(4)IMSS, Informe de Actividades del IMSS, *Cuadernos Social México*, 1990-1991, No. 20, p.p. 8-13.

- Mantener la medicina curativa al ritmo de los avances tecnológicos. Apoyados con la presencia de especialistas y con la dotación de recursos ;
- Prestar servicios con oportunidad, que se condicionan por la cercanía de las unidades al domicilio de los derechohabientes y con eficacia, que se determina con su capacidad de respuesta ;
- Dar cada vez más mayor impulso a la medicina preventiva ; y
- Fomentar la salud, buscando erradicar las causas que originan las enfermedades y accidentes.

Por lo que en el primer rubro propuesto se encuentran las Unidades de Medicina Familiar en el eje de la relación con la población amparada en cuanto a atención médica, pago de prestaciones, y trámites administrativos, integrando los servicios auxiliares de diagnóstico y urgencias, incorporándose gradualmente los de medicina del trabajo con un horario de consulta continua de 12 horas de servicio, e impulsando la atención materno-infantil donde implica el cuidado del niño sano y el control prenatal.

- d) Prestaciones económicas.
- e) Atención de insatisfacciones.
- f) Prestaciones sociales.
- g) Salud y seguridad en el trabajo.
- h) Fomento a la salud.
- i) Recursos humanos.

En este rubro impulsan la capacitación, motivación, adiestramiento y desarrollo de los trabajadores, reordenando recursos y aplicando

acciones de aplicación administrativa, que al tiempo que fortalecieron la economía de la gestión en las delegaciones y unidades de servicio.

- j) Recursos materiales y servicios de apoyo.
- k) Reformas legales.

La actividad institucional se ha desarrollado siempre con un estricto apego a su marco jurídico.

- l) Recursos financieros.

#### 3.1.4.2 LEY DEL SEGURO SOCIAL.

Tal como fue resitada al Presidente de la República por las Cámaras Legislativas para su formal expedición, el 29 de diciembre de 1942, la Ley del Seguro Social vino a ser puesta en práctica largo tiempo en la disposición asentada en la Fracción XIX del artículo 123 de la Constitución Política, de la manera en el diario oficial del 6 de diciembre de 1929. Esta ley se mencionó desde la carta magna, desde 1921 con un primer proyecto de legislación al respecto.<sup>(1)</sup>

La redacción original de la Ley del Seguro Social, publicada en el diario oficial del 19 de enero de 1943, tiene principios de justicia laboral

(1) Valdés, O., Atención primaria y Seguridad social, *Comisión Social México*, 1980, No. 15, p.p. 7-14.

(2) Flores, H., 1942-1980, 40 años de historia de la Ley del Seguro Social, *Comisión Social México*, 1980, No. 18, p.p. 21-27.

(3) "Ley del Seguro Social y su Reglamento: Actualizada", 4ta ed. ed. Delma, México, 1991, p.p. 1-120.

expresados por la Revolución Mexicana de 1910. Sin embargo ésta ha sufrido actualizaciones constantes ya que se está conciente de que ninguna legislación puede permanecer estática, sobre todo en épocas de tantas transformaciones como la nuestra, ya que su propósito fundamental es la de mantenerse en estrecha relación con la realidad viva, variable, histórica de la sociedad en que debe cumplirse.

Es indudable que en los últimos años México vive una serie de problemáticas económicas por lo que fué analizada con amplitud en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, en donde proponen líneas prioritarias para evaluar las necesidades del hombre: el empleo, educación, cultura, alimentación, salud, vivienda, ambiente y calidad de vida.

Las reformas y adiciones de 1989 han sido con objeto de contribuir a la empresa de modernización y de mejor adecuación de las instituciones a la realidad del país y del momento llevándose una gran gama significativa de modificaciones en la Ley del Seguro Social, decretadas por el Congreso de la Unión el 28 de diciembre de 1988, expedida por el Presidente de la República en el diario oficial el 4 de enero de 1989.

.. El Sistema Nacional de Seguridad Social esta llamado de incorporarse al proceso de modernización enunciado por el Director General del IMSS, Lic. Emilio Gamboa Patrón.. Y modernizar el sistema de salud del fomento de una cultura de previsión y autocuidado, dentro de la estrategia de desarrollo social en un contexto sociopolítico, siendo un reto de la capacidad y la imaginación, una exigencia de trabajo y dedicación al máximo."<sup>(1)</sup>

-----  
(1) IMSS, Nuevo Presidente de la CIESSE, *Cuadernillo Social México*, 1991, No. 27 .  
p. 27.

Con estos antecedentes se propone lograr que los servicios institucionales alcancen NIVELES DE CALIDAD-EXELENIA que el personal fortalezca su mística de trabajo hasta imprimir una gran calidez en sus intervenciones, con lo que se quiere modernizar la ~~Estructura-Proceso-Resultados~~ del funcionamiento de todo el instituto.<sup>(1-4)</sup>

### 3.1.4.3 OBJETIVOS Y METAS DEL PROGRAMA DE TRABAJO 1991-1994 DEL IMSS.

Algunos objetivos y metas del programa de trabajo de la Dirección General de IMSS : 1991 - 1994 de acuerdo a la modernización de la estructura y los esquemas de funcionamiento.<sup>(2)</sup>

- a) Mejorar la calidad de vida de la población, del trabajador y de su familia.
- b) Ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria de la salud a toda la población ubicada en zona de menores ingresos, urbanas y rurales.
- c) Elevar la calidad, calidez y oportunidad de los servicios de salud tanto en la atención primaria como en los niveles de especialización.
- d) Modernizar el sistema de salud a partir del fomento de una cultura de prevención y autocuidado de la salud individual, familiar y colectivo.
- e) Proteger los medios de subsistencia para el bienestar de la población derechohabiente con calidad y calidez.

-----  
(1)Morelos,A.,Administración para lograr excelencia, *Comisión Social México, 1991*

No. 27, p. p. 6-10.

(2)IMSS, Informes de Actividades .... pág. 18.

(3)IMSS, Acciones básicas.....p. 10.

- f) Impulsar el mejoramiento de la salud por medio de eventos culturales, deportivos, de recreación física y mental en un contexto ecológico y social propicio para el desarrollo humano.

#### 3.1.4.4 MODERNIZACION ESTRUCTURAL DEL I.M.S.S.

La modernización estructural del país es un proceso iniciado e impulsado con todo el empeño por la presente administración, los pasos substantivos en su orden lógico aunque no cronológico son:

- a) Cambio de mentalidades para borrar el burocratismo.
- b) Prestación de todos los servicios en los niveles de mejor calidad.
- c) Entusiasmo por la preparación.
- d) Actualización de conocimientos.
- e) Revisión de todos los esquemas de trabajo.
- f) Mejorar respuestas.
- g) Finalmente la incorporación de todos los adelantos científicos y tecnológicos al equipar las unidades (instrumental médico, herramientas auxiliares de diagnóstico y tratamiento, adelantos en diseños y construcción de infraestructura médica).

Resulta interesante observar que de 1944 que existían algunos millares aparados, ahora en 1991 son 38 millones de régimen ordinario y 10 en régimen de solidaridad lo que hace un total de 48 millones de aparados por la seguridad social, las instalaciones del IMSS en 1944 eran unicamente 24 clínicas, 45 consultorios y algunas oficinas, en 1991, solo de unidades

médicas se cuenta con 1360 de consulta externa, 225 de consulta general y 39 de consulta especializada y que faltaría sumar las unidades medicas de programa IMSS-Solidaridad, las oficinas administrativas y las de prestaciones sociales, guarderías, centros vacacionales, y los teatros, todo ello operado con 220 empleados que iniciaron en 1944, en comparación al gran equipo de seguridad social de más de 3000 trabajadores que operan en 1991.<sup>(1-2)</sup>

Es claro que la complejidad de las relaciones sociales es indescriptible y el IMSS esta involucrado en este proceso, con los deseos de mejorar los niveles de salud de la población del país lo que lleva implícita la elevación general del bienestar social.

#### 3.1.4.5 DESCENTRALIZACION

Otro punto relevante es el proceso de centralización institucional que ha sido empeño permanente de las sucesivas administraciones con la convicción de que las soluciones tienen que acercarse al lugar donde se generan los problemas. Con esto se procura la posibilidad de que la capacidad de decisión y la posibilidad de recursos guarden estricta proporción con la función encomendada es por ello que la descentralización en el mismo proceso respecto a las unidades de servicio, hasta lograr un equilibrio entre una autonomía funcional operativa y la necesaria vinculación con las instancias superiores para fines de planeación global de la institución en el ámbito nacional.

-----  
(1) Flores, H., *Ibidém* p. 10

(2) IMSS, Subdirección General Administrativa, Jefatura de Planeación y Organización y Recursos Humanos, Manual de Organización de IMSS, México, 1988 p.p. 1-94.

Se está propiciando cada vez más niveles de autonomía de las unidades de servicio respecto de las autoridades delegacionales, y éstas en relación con las oficinas centrales. Es sin duda que por ello los trabajadores del IMSS en todos los campos y niveles son la pieza clave para el eficaz desempeño de la institución, ya que cada uno de ellos cumple servicios que ayudan a que la institución este a la altura de los retos que le esperan, debido al dinamismo de la sociedad nacional, es por ello que el nivel profesional del personal médico del IMSS se encuentre a la altura de lo mejor que existe en el mundo, por lo que el instituto se siente orgulloso de ello y se continúa permanentemente con la preocupación de mantener actividades de actualización, docencia e investigación.

Posteriormente al iniciarse el proceso de desconcentración determinado por el gobierno de la República, el consejo técnico del instituto con base en el reglamento de delegaciones, otorgó a éstas la supervisión y evaluación directa de todas las áreas operativas de las unidades de servicios y confirió a las dependencias centrales del cargo de normar y controlar todo lo relacionado con los servicios y prestaciones institucionales. Estas actividades se sistematizaron en toda la República hasta el 13 de junio de 1984, al aprobarse el Reglamento Interno del Consejo Consultivo de las Delegaciones del IMSS.

### 3.1.4.6 EL TRIPARTISMO.

El tripartismo se considera como la base del equilibrio el cual se configuró en la 2a década del siglo XX como una necesidad de responsabilizar a todos los sectores laborales, así como el gobierno mismo, de solucionar la problemática de los trabajadores.<sup>(1)</sup>

La integración del sistema tripartito implica no sólo la presencia de trabajadores, empresarios y gobiernos, en la administración del organismo sino su participación directa y permanente en el debate de todos los asuntos que conciernen en forma legal en el otorgamiento de servicio y prestaciones, es por ello que en México la Seguridad Social es un asunto que atañe a todos particularmente a los sectores patronales y de trabajadores y por su puesto al estado mismo.

Se dice que el propósito del IMSS no son otros que de vigorizar la acción de la seguridad social en el país, reafirmando como un factor de equilibrio y de paz social, y de estimular el nacionalismo para el enfatizamiento de la propia soberanía, por lo que todavía falta mucho lograr en la consolidación del Seguro Social como instrumento de justicia y de equilibrio que se espera y llegue hacer.

Se dice que la exigencia por parte de la base trabajadora propuesta por su representante es "mejorar la calidad de servicio en algunas de las áreas en una tarea que creen merecer una atención especial..."

-----  
(1) Mejía, B., El Tripartismo base del equilibrio en el IMSS, Comisión  
Caro, México, 1990, No. 19, p. p. 9-15.

Por parte del sector gubernamental hacen hincapié en la participación del Instituto en el Sistema Nacional de Salud sea, "procurando un trato digno y humanitario de los que sufren". Y finalmente por el lado de la parte patronal proponen y solicitan para que el instituto llegue a consolidarse con "calidad total", en la que la atención de los derechohabientes se dé con una "positiva actitud de servicio", puesto que, "el dolor y la enfermedad no solamente se curan con tratamiento médicos y medicinas; el trato humano, la calidez y la calidad así como la amabilidad son una parte fundamental de la curación y deberán establecerse como el sello de casa".

### **3.1.4.7 ADMINISTRACION DEL PROCESO PARA LA CALIDAD IMSS.**

- I. Enfoque hacia el usuario.
- II. Cultura de trabajo en equipo.
- III. Administración de los procesos.

¿ Cómo obtener la calidad ?

- 1) Proporcionando los servicios que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario.
- 2) Produciendo los servicios requeridos eficientemente.
- 3) Planeando las mejoras en la calidad.

Características de la calidad en servicio :

1. Producción y consumo del servicio.
2. El usuario sabe más y debe de ser consultado.
3. La manera en que un servicio es brindado.
4. La tecnología del servicio.
5. La imagen es un factor.
6. Compromisos de la alta dimensión.
7. La capacitación, etc.....

Eslavones de la cadena de calidad:

La alta administración; los administradores; los usuarios internos; los recursos internos y externos; usuarios externos, el beneficio final.

Eslavones de la calidad de la atención: cuando se aumenta la calidad también aumenta la satisfacción del usuario.

El sistema de administración de la calidad IMSS ha sido completamente implantada para superación permanente cuando:

1. Cada persona es un miembro de un equipo natural de administración y trabaja en equipo.
2. Cada administración maneja los procesos utilizados de las gráficas del control de estadística del congreso.
3. Cada equipo de proyectos se orienta a mejorar procesos que están fuera de control porque no están operando a un nivel satisfactorio.
4. Satisfacer al usuario es la meta de todos los procesos.
5. La superación permanente en calidad y productividad es un trabajo de todos.
6. Toda actividad se incluye en un proceso.
7. Todo proceso se define y se grafica con entradas y salidas medibles.
8. Todas las personas reciben capacitación todo el tiempo.
9. Cada persona sabe quien es su usuario y cuales con los criterios adecuado de uso (especificaciones).

El proceso para la Calidad IMSS consiste en la administración de los procesos, para la superación permanente a largo plazo y no la administración de la gente para obtener resultados a corto plazo.

Cada organización tiene una cultura diferente. Esta cultura puede ser dividida en cinco dimensiones básicas :

1. Sistema de creencias y valores compartidos.
2. Fuerzas impulsoras de la organización, técnicas económicas,
3. El lenguaje y los métodos de comunicación.
4. Estructura.
5. Manifestaciones de liderazgo.

Las necesidades de un modelo de implementación:

Fase I : Preparación para el total inicio.

Fase II : El inicio.

Fase III: La transición hacia la mejora continua.

Fase IV : Mejora continua.

Un proceso se considera como una combinación de métodos, materiales, máquinas, gente, medio ambiente, mediciones, usando un conjunto para realizar un servicio, producir un producto o completar alguna otra tarea. Un proceso tiene entradas y salidas como resultado de los servicios.

Esto y más presenta la evaluación de la calidad IMSS dentro de la propuesta de Tennessee Associates de México, para evaluar al través del proceso con la propuesta de su modelo, con el único propósito de mejorar la calidad."<sup>1</sup>

-----  
(1) Tennessee Associates de México, IMSS, Idóm.

### 3.1.5 CONSOLIDACION DEL MODELO DE ATENCION.

El modelo de atención debe incorporarse, para consolidarse en un mecanismo que le de una capacidad de aprendizaje y readaptación continua evitando así el deterioro que naturalmente ocurre en los mecanismo rígidos, a este apartado se trata de hacer hincapié en las dificultades metodológicas para implementar acciones propuestas por el modelo de atención lo que produce problemas de resistencia al cambio, que manifiesta el personal al llevar a cabo acciones de funcionamiento y menospreciar la resistencia de la población de demanda activa en la solución de sus problemas de salud. Puesto que este tema no ha sido abordado en forma muy sistémica no se cuenta con experiencias necesarias para proponer alternativas e instrumentación de políticas de cambio por lo que se ha sugerido llevar a cabo un resgistro ordenado y sistemático de los nuevos avances en implantación de nuevas acciones, con el nuevo Modelo Modernizador de la Atención Médica que sea capaz de tal manera y en la mejor forma posible mejorar la atención médica en un futuro cercano, este nuevo modelo propone alternativas para conducir a un servicio nacional de salud, a la vez busca elevar los niveles de salud de la población así como tener presente este objetivo como punto fundamental al elevar la actuación del sistema en sus logros. Teniendo como marco el objetivo del servicio a fin de asegurar que el sistema de servicios siempre se adecue a los problemas de salud de la población.

### 3.1.6 EL MODELO DE EVALUACION EN EL SECTOR SALUD DE MEXICO.

La evaluación es una de las fases del proceso de planeación que han adoptado a la administración pública federal, el sector salud y la Ley de Planeación indica que este proceso se apoya en un conjunto de actividades que se llevan a cabo de manera continua y articulada para formular, aplicar, instrumentar, controlar, y evaluar el Plan Nacional de Desarrollo así mismo los programas sectoriales, regionales, especiales e institucionales derivados de él.

En 1979 los gobiernos miembros de la OMS en Alta-Ata la meta mundial de salud para todos en el año 2000, con base en la atención primaria . Así la OMS define la evaluación como un medio sistemático por una serie ordenada de acciones vinculadas entre sí y tiene como propósito mejorar la programación y orientar la distribución de los recursos. El propósito consiste en alcanzar la integración programática del sector salud y contribuir de manera a la consolidación del Sistema Nacional de Salud y como objetivos principales : generar elementos para la planeación nacional de la salud; proporcionar los fundamentos para la formulación, aplicación, control, y evaluación de los

-----

- (1) Soberón, A., " La protección de la salud en México: palabras, discursos y mensajes 1964-1988", ed. Porrúa, México, 1990, Vol., I y II.
- (2) SSA, Subsecretaría de Planeación, "Programa de descentralización de los servicios de salud; Modelo de atención a la población abierta, México, 1985 No. 1, p. p. 3-07.
- (3) IMSS, " Modelo Modernizador de Atención Médica", Servicios Médicos en el Estado de México, México, abril 1992.

programas interinstitucionales de salud ; contribuir a la generación de normas técnicas.<sup>(1)</sup>

El modelo tiene como finalidad sistematizar las acciones y mecanismos de evaluación, haciendo énfasis en programas y servicios, en su contenido se hace referencia a los escenarios de salud, precisa sus objetivos, y define los criterios y sujetos de la evaluación, además de que también da la pauta de la conformación de indicadores y sugiere la integración a las estructuras orgánicas en sus diferentes instalaciones de unidades de evaluación. El modelo identifica tres momentos de evaluación en el proceso evaluativo y son: evaluación de la formulación; evaluación del avance; evaluación de resultados y efectos. Además de que ha definido los criterios implícitos en estos tres momentos básicos de la evaluación y son: propiedad; adecuación; eficiencia; eficacia y efectividad; y de acuerdo a todo este proceso de planeación del Sistema Nacional de Planeación Democrática existen cuatro tipos de evaluación que se llevan a cabo en la gestión política que son las siguientes: evaluación programática presupuestaria, evaluación contable; la evaluación de la gestión administrativa y la evaluación para la planeación.

El modelo de evaluación del sector salud ha sido un instrumento útil para apoyar tales ejercicios de evaluación, por lo que la evaluación debe ser una capacidad intrínseca de la gestión de las jurisdicciones sanitarias y en las instituciones hospitalarias de complejidad mediana que al través de los

(1) OMS., "Informe final de la conferencia de atención primaria de salud", Alma-Ata, URSS, 1978, p.p. 1-20.

(2) Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J., Compiladores. "La salud en México: Testimonios 1989", ed. CFE, México, 1988, Tomo II y III, vol. 1 y 3.

(3) Educación-Coplamar. "Necesidades esenciales en México: Situación actual y perspectivas al año 2000", ed. S. XXI, México, 1982, vol. 2, p.p. 9-80.

consensos, los marcos de referencia, los conceptos, se han venido afianzando en lo que es CULTURA SECTORIAL DE SALUD y del estilo para llevar a cabo el proceso de planeación en salud y con ello incrementar la eficiencia operativa capacitar, evaluar y supervisar en el micro a fin de garantizar que los servicios alcancen los mejores niveles de cobertura, calidad, eficiencia y equidad.

### 3.1.7 SERVICIOS DE MEDICINA FAMILIAR.

Sin lugar a duda se debe se hacer cada vez más y mejor medicina y el verdadero avance se alcanzará a través de la transformación social, con la participación del individuo, de la comunidad y de la sociedad en conjunto para elevar la calidad de vida superando los obstáculos que impiden la salud.

La evaluación de la calidad de los servicios médicos, sigue siendo un reto para los administradores de la salud; por su complejo proceso de los resultados y plantean como requisito un pronunciamiento sobre la calidad, su carácter totalizador o integral, la medicina de la calidad de la atención médica a puesto énfasis en la estructura, organización, proceso, resultados e interrelaciones del elemento humano, que se dan en la misma, aspectos que implican un cúmulo de procedimientos y correlaciones, que pueden llegar a no conformar un todo coherente en relación con la calidad. Solo la interrelación de todos ellos permite acercar a la calidad; en la medida en que traducen positiva o cuantitativamente la situación real dando lugar a la comparación

con un modelo y a la relación con los objetivos como marco de referencia de toda la evaluación. Es por ello que a resultado la difícil definición de la calidad en el ámbito médico. "

En la atención médica solo el binomio paciente-médico por citar alguno más importante, de las numerosas interrelaciones de tipo personal que se dan en la misma requiere de la empatía como estado de ánimo que propicia la confianza y credibilidad por parte del paciente y facilita la labor del médico lo que lleva al siempre difícil terreno de la actitud y al mucho más ambiguo del sentimiento para definir la calidad y emitir juicios de valor sobre la actividad médica.

Desde otro ángulo, si el concepto se aplica a la calidad de la atención que proporcionan las instituciones que tiene a su cargo esta tarea, en especial las propias de la seguridad social, se ven obligados a satisfacer cada día mas amplios y complejos., la evaluación se convierte en materia prima insustituible de la planeación; proceso en el que asegura o debe asegurar la racionalidad y la sistematización necesarias para estar en condiciones de ofrecer a la población una atención médica suficiente y eficiente sin encarecer los servicios, y una reducción de costos sin deterioro de la calidad.

Los servicios y recursos destinados a la salud, se han organizado con diversos grados de complejidad. Así tenemos:

El primer nivel de atención, primer contacto de los individuos con el sistema

-----  
(1) Arias Galicia, F., " Administración de los Recursos humanos: Teoría de los sistemas" ed. Trillas, México, 1969, p.p.13-19.

(2)SSA, Coordinación general de planeación, U Sistema de Servicios de Salud, México, 1981, p.p. 7 -57.

de salud institucional, se toman medidas generales, en relación tanto con la salud como con la enfermedad individual o familiar, y se realizan todas las acciones orientadas a la solución de los problemas y las necesidades que más influyen en las condiciones de vida y salud de la población. La atención en este primer nivel se otorga en unidades llamadas de medicina familiar, pacientes ambulatorios, que satisface aproximadamente el 85% de la demanda de los servicios.<sup>(1-2)</sup>

En el segundo nivel, hay consulta externa de especialidades médico-quirúrgicas básicas, urgencias y hospitalización se resuelven del 10-12 % del total de las demandas y el tercer nivel de atención se ocupa de pacientes con patología orgánica específica y satisface del 3-5 % de la demanda de los servicios.<sup>(2)</sup>

-----  
1) SSA, SSA, Coordinación general de planeación, " Sistema de ..... " p.p. 15 y 22.

(2) IMSS, Subdirección General Médica, "La evaluación de la calidad y el costo de los servicios médicos, información y estadística, modelos de modelos de aplicación", México, 1982, p.p. 1-15.

Los indicadores de calidad incluyen varias modalidades y son las más difíciles de obtener, ya que en la mayoría de los casos se debe inferir de la combinación de los siguientes indicadores:

**ENFASIS:** Medida que refleja la magnitud en que un programa está proporcionando los servicios y su conciencia con las políticas y prioridades establecidas.

**AMPLITUD:** Medida de amplitud de la satisfacción de necesidades clínicas por los servicios que se otorgan para ello.

**OPORTUNIDAD:** De acuerdo con los criterios de tiempo establecidos de antemano el cumplimiento de éstos en relación con prestaciones, servicios y aprovisionamiento.

**CONTINUIDAD:** Las medidas de amplitud en relación con el tiempo.

**SATISFACCIÓN:** De difícil medición, indican la confianza que tienen los individuos en los servicios que se les proporciona.

**EFICIENCIA:** Se refieren a la totalidad de los recursos médicos conocidos en este momento como efectivos

La descentralización de la operación está concentrada en 38 delegaciones, cada una de estos órganos está conformado por las áreas correspondientes a las subdirecciones centrales, y así la jefatura de servicios médicos delegacional integra a todas las dependencias de la subdirección general médica, y tiene como unidad básica de operación a la zona de servicios médicos, constituida ésta por un conjunto de unidades de medicina familiar, el hospital general de zona que le sirve de apoyo. Se anexa organigrama estructural de IMSS.

Esta estructura administrativa delega responsabilidad con la libertad suficiente para hablar de autogestión dentro del marco de la norma y los niveles de responsabilidad es dar a la evaluación el carácter continuo y dinámico que la caracteriza como elemento fundamental del proceso administrativo y contribuir efectiva y substancialmente, a asegurar la calidad de los servicios médicos que le proporciona.

### 3.1.7.1. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA UMF.

La Subdirección General Médica como parte de sus actividades, ha diseñado una serie de programas que constituyen verdaderos crisoles en donde se funden las estrategias para mejorar la calidad de la atención médica en las unidades medicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.<sup>(1)</sup>

La atención médica basada en el concepto de riesgo, permite organizar los servicios que se otorgan a la población de manera tal que cada caso reciba los cuidados necesarios, lo que por una parte favorece a los grupos más expuestos a los riesgos y por otra constituye una necesidad técnica de la función del personal paramédico, la vigilancia de los casos de baja complejidad tanto en el marco de ampliación de cobertura como de optimización de los recursos. El quehacer de este personal, así como el de todos los que prestan su apoyo al médico familiar, como equipo multidisciplinario de la medicina familiar.

Estas actividades se complementan con la supervisión y evaluación escalonada, dentro de las cuales cobra particular importancia la responsabilidad del Jefe de Departamento Clínico, que representa un primer nivel de supervisión y evaluación y cuyo propósito fundamental es garantizar la calidad de la atención médica. Con la suma de todas las acciones mencionadas, se integran los requisitos indispensables para poder alcanzar los mejores logros que

(1) IMSS. Subdirección General Médica. "Manual de Procedimientos Técnico-administrativos para la supervisión, evaluación y asesoría de las unidades de medicina familiar del IMSS". México, 1990. Cáp. I-X.

habrán de reflejarse en el estado general de salud de la población.

La base legal está sobre los artículos 119 y 240, fracción II, VII y VIII de la Ley del Seguro Social. Acuerdos 7422-80 del H. Consejo Técnico (17-09-80), y cuyo objetivo es proporcionar a los derechohabientes, las prestaciones que estipulan la Ley y los Reglamentos con efectividad, humanismo, calidad y eficiencia. Elevar el nivel de salud de la población amparada mediante la disminución de los factores de riesgo y de la trascendencia de los daños. Dentro de sus políticas más relevantes a considerar dentro de esta investigación es el cuidado a la salud, promoción de la salud, atención de problemas prioritarios, ampliación de cobertura, promover la investigación médica, capacitación del personal, otorgar servicios con amabilidad, cortesía y elevado sentido humano, vigilar que permanezca el respeto y la idiosincrasia en el trato con los derechohabientes, entre otras de prioridad. La estructura orgánica es como sigue: dirección, comité médico-técnico-administrativo; jefatura de departamento clínico familiar; servicio de medicina familiar; servicio de medicina preventiva; servicio de medicina del trabajo; servicio de estomatología; servicio de primeros auxilios; servicio de trabajo social médico; servicio de dietología; laboratorio de análisis clínicos; radiodiagnóstico; hospitalización (Hospital General de Zona que le corresponde); control de prestaciones; jefatura de enfermeras; (enfermería y enfermera materno infantil) curaciones e inyecciones; central de equipo y esterilización; administración; centro de información; personal; farmacia; subalmacén; conservación; servicios de apoyo; unidades auxiliares.

Dentro de las funciones más relevantes tenemos:

De la dirección: evaluar la calidad de la atención médica, el nivel de salud y los programas de desarrollo.

Del comité médico-técnico-administrativo: conocer, analizar y proponer soluciones a los problemas de la prestación de los servicios, conocer el nivel de salud de la población del derechohabiente.

De la jefatura de departamento clínico de medicina familiar: elaborar y desarrollar el programa de trabajo de su área, coordinar los servicios de atención médica, supervisar el proceso de la atención médica, evaluar la calidad de los servicios médicos, informar al director.

De los servicios de medicina familiar: dentro de sus funciones más relevantes son:

- 1) Participar en los programas de salud de las unidades.
- 2) Identificar las condiciones de salud de la población derechohabiente.
- 3) Participar en la evaluación periódica de la calidad y de los resultados.
- 4) Indicar y realizar acciones de promoción de salud, protección específica, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, para disminuir el nivel de factores de riesgo y la trascendencia de los daños a la salud.
- 5) Participar en la evaluación de los programas del departamento.
- 6) Informar a la jefatura del departamento clínico o en su caso a la dirección cuando así lo solicite entre otros.<sup>(1,2)</sup>

(1) IMSS, Subdirección General Médica, " Instructivo para la supervisión operativa del director ", México, 1990, p.p. 1-25.

(2) IMSS Subdirección General Médica, " Instructivo para la supervisión al jefe de departamento clínico de medicina familiar ", México, 1990, p.p. 1-12.

(3) IMSS, Jefatura de Servicios Médicos, " Manual de procedimientos de organización de los unidades de medicina familiar ", México, 1990, pp 4-35.

Otorgamiento de la atención médica puntos a tratar:

- a) Determinar los objetivos, metas, criterios de actuación, mecanismos de coordinación necesaria para disminuir los factores de riesgo y la trascendencia y los daños a la salud para la elaboración del diagnóstico de salud y los programas en Unidades de Medicina Familiar.
- b) Integrar el programa general de trabajo de la unidad.
- c) Apoyar el otorgamiento a la atención médica.
- d) Promover la investigación clínica.
- e) Precidir las reuniones de COMETAUM entre otras.

Del médico familiar: base legal es la Ley General de Salud, reglamentaria del artículo IV Constitucional Artículos 48, 51, 78, 79, 131, 137, 161, 319, 469, 470. Ley de profesiones en el Distrito Federal: Reglamentaria del artículo 4to Constitucional. Artículos 33, 36, 67 y 71.

El médico familiar deberá:

- a) Proporcionar al derechohabiente atención médica, oportuna, eficiente y cortés.
- b) Satisfacer todas las solicitudes de atención médica;
- c) Realizar todos los envíos que requieran a las Unidades Médicas de apoyo;
- d) Prescribir los medicamentos indicados en los esquemas terapéuticos vigente
- e) Certificar los períodos de incapacidad necesaria desde el punto de vista médico; entre otros. <sup>112</sup>

(1) IMSS, Subdirección General Médica, Colección de Normas para la Medicina Familiar", México, SPAD, p.p. 5-71.

(2) IMSS, Subdirección General Médica, " Instructivo ...." p.p. 8 y 10.

### 3.1.8 ANALISIS DE LAS CONDICIONES DE SALUD.

La primer supervisión fue realizada en 1986 y la segunda y tercera supervisión solo se verificó el cumplimiento de los compromisos de la primera supervisión. La puntuación corresponde a la suma de los tres incisos:

- 1) Cuando el director muestra el anexo 26 debidamente requisitado u otro documento con el mismo objeto. Se asigna cero puntos, cuando no muestra el documento o se considera deficiente a juicio de quien supervisa.
- 2) Se asignan 3 puntos cuanto muestre los anexos 9, 10, 14, 19 debidamente requisitados. Se asigna cero puntos si muestra menos de tres, se asigna una puntuación parcial de 1.5 puntos si muestra tres anexos bien requisitados.
- 3) En el análisis de los daños del diagnóstico de salud deben existir los estudios de tendencia, en los últimos cinco años. Estas tendencias deben comprender, por cada daño el comportamiento como motivo de atención en medicina familiar, en consulta externa de medicina no familiar. Se asignan tres puntos cuando muestra dos o más tendencias para cinco daños, y se califica con cero cuando muestra menos de dos gráficas para menos de los tres daños, se asigna 1.5 puntos cuando muestra dos o más gráficas para tres o cuatro daños. (12)

-----  
(1) IMSS. Subdirección General Médica " Instructivo para el equipo multidisciplinario en la atención materno-infantil" , México, 1987, p.p. 3-41  
(2) IMSS. Subdirección General Médica. " Instructivo para la supervisión .....", p. p. 12-13.

La cobertura de expedientes a evaluar o supervisados son:

200 expedientes por el jefe de departamento clínico de la UMF por mes. 20 expedientes por médico familiar por mes. 20 expedientes por cada EMI por mes, cuando existe el módulo en la unidad.

Los programas prioritarios son:

- niño sano.
- prenatal.
- diabetes mellitus.
- tuberculosis pulmonar.
- Ca Cu y/o cervicovaginitis

Supervisar el proceso de la atención médica de acuerdo a las características con que supervisa el JDC de la atención médica, es necesario cuantificar tres aspectos importantes:

- 1) El número de expedientes que supervisa mensualmente.
- 2) La actualización de los criterios que aplica para supervisar.
- 3) Los comentarios mensuales que se hacen en la supervisión.

### 3.1.8.1 INSTRUCCIONES PARA EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS GUIAS DE EVALUACION.

Estas instrucciones tratan de dar la pauta de calificación, que permiten la obtención de sus parámetros apegados a la realidad y por tipo de unidad a fin de alcanzar sus objetivos propuestos con las formas elaboradas en la delegación o zonas, se forman expedientes por servicio y tipo de unidad. Estas formas elaboradas en las Jefaturas de los Servicios Médicos ( Departamento de Análisis y Supervisión Operativa ) se envían semestralmente a las delegaciones o zonas al Departamento de Análisis y Supervisión Operativa para los niveles superiores, proponiendo lo siguientes :

- 1) Doce visitas por servicio y hasta para 16 unidades médicas y comparar la calificación general de un servicio, del total de unidades médicas del mismo tipo del nivel delegacional o zona.
- 2) Formas que deben de ser llenadas por personas designadas al efecto de la Jefatura de Servicios Médicos, Departamento de Análisis y Supervisión Operativa.
- 3) Anotando tipo de unidad, servicio y fecha.
- 4) Ubicación de la unidad, nombre de la localidad.
- 5) Para obtener el promedio proponen lo siguientes:
  - la suma particular de los datos contenidos en cada una de las columnas y dividiendo el resultado entre el número de unidades registradas, calculando el resultado final hasta centésimas.

### 3.1.9 VERDADERA CALIDAD QUE CUMPLE LOS REQUISITOS DE LOS CONSUMIDORES

El control de calidad se hace para lograr aquella calidad que cumpla los requisitos de los consumidores por lo que se apega y menciona una propuesta japonesa, donde consideran que los consumidores pueden saber las respuestas o ignorarlas; es por ello que hay que considerar tres pasos importante que deben seguir en la aplicación del control de calidad:

- 1) Entender las características de calidad;
- 2) Fijar métodos para medirlas y probarlas (esta tarea es tan difícil).
- 3) Descubrir características de calidad substitutas.

Por lo que el control de calidad debe de organizarse con base a seis categorías, que han demostrado su eficacia y son las siguientes:

- 1) Determinar metas y objetivos.
- 2) Determinar métodos para alcanzar las metas.
- 3) Dar educación y capacitación.
- 4) Realizar el trabajo.
- 5) Verificar los efectos de la realización.
- 6) Empezar la acción apropiada.<sup>(1-3)</sup>

-----  
(1) Cattle, W., " El servicio contratado en el cliente", ed. Dias de Santos, México, 1990, p.p. 1-331.

(2) Otlev, S., "Planificando para la calidad, La productividad y una posición competitiva", ed. Ventura, México, 1991, p.p. 2-101.

(3) Masaki-Imai, Kaizen., " La clave de la ventaja competitiva japonesa", ed. CECSA, México, 1990, p.p. 15-300.

Con lo que podríamos de alguna manera proponer un diagrama de causa-efecto, y al mismo tiempo la meta del sistema para alcanzar las características de calidad, considerando que en las ramas que componen este modelo serían las causas esperando el efecto sobre las características de calidad y dándole a todo este conjunto de esos factores causales el nombre de proceso, considerando este término como proceso que no se limita al proceso fabril, sino que va más allá de un enfoque que previene los problemas y los evita antes de que ocurran, razón por la cual se llamara control de vanguardia.

Y que en el diagrama que se muestra entre la relación de perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario y los factores causales; lo hemos denominado diagrama de causa/efecto. Modelo propuesto en 1952 en todos los procesos en la Kawasaki Iron-Fukiai Works, que adoptaron este diagrama para hacer la normalización y control.<sup>(1-2)</sup> Obteniendo resultados satisfactorios y utilizado en varias partes del mundo. A este modelo se le ha llamado también DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO.

No profundizaremos en este tema pero se menciona por el gran impacto que tiene a nivel de organizaciones privadas y los grandes resultados y beneficios que se tiene. Además de que se anexa un modelo en el apéndice.

-----  
(1) Kauro-Ishikawa, "¿ Qué es el control total de calidad?, La modalidad japonesa, ed. Norma, México, 1986, p.p. 1-200.

(2) Protopenko, J., " La gestión de la productividad", OTI, Ginebra, 1990, p.p. 8-311.

(3)Gulllov, G., Ob. cit. p. 78.

### 3.1.10 SISTEMA OPERATIVO.

El Sistema Operativo, es el encargado de transformar los insumos humanos, materiales y técnicos en productos de la organización, con los cuales esta responde a las necesidades o demandas de los derechohabientes.

La responsabilidad de este sistema pertenece a los niveles de evaluación y supervisión, cuyo cometido principal es elevar la productividad, principalmente mediante la reducción de costos. El concepto central de decisión y acción está en la eficiencia, entendiéndola como la capacidad de combinar recursos como buscando una continua productividad.

Este sistema adquiere importancia porque en él se implementan las mejoras del servicio al usuario y se producen mayor volumen de contactos de oportunidad, además reviste la mayor importancia operativa porque define el evento en el cual el usuario se pone en contacto con la organización, sus productos, su gente, sus comunicaciones y sus servicios de apoyo, para evaluar el grado en que se satisfacen necesidades, deseos o expectativas del usuario contactado. También es un momento de oportunidad para fortalecer la atención del usuario y el camino para crear usuarios satisfechos.

El papel que juega el sistema operativo en el cumplimiento de los propósitos obliga a revisar los modelos tradicionales de organización para darle una orientación hacia el usuario, y lo que pretende es integrar en un todo ambos sistemas, como medio para llegar hacia la excelencia organizacional.

La categoría de organización que funciona en condiciones óptimas, ya sea en su sistema estratégico, como el operativo, tienen visión y misión, formulan estrategias competitivas centradas en el usuario, cumplen la implementación de las acciones correspondientes y cuidan constantemente la productividad. Este es el modelo al que todas las organizaciones deberían aspirar para participar en el nuevo contexto organizacional, de acelerado cambio tecnológico, de alta turbulencia y de aguda competencia. El problema, desde luego es de la alta dirección para que desarrolle una eficaz infraestructura estratégica y un eficiente sistema operativo.

El análisis de cualquier organización bajo el enfoque sistémico lleva a identificar dos sistemas básicos: el estratégico y el operativo. El segundo ya tratado y el primero se refiere al sistema donde radica la función y la capacidad de adaptación y respuesta de una organización hacia su entorno. Es un proceso de formular estrategias hasta donde responde a los fenómenos y fuerzas que surgen en el ambiente de las organizaciones: competitivas, económicas, sociales, ecológicas, etc.”

Este depende de la capacidad del hemisferio cerebral derecho de los directivos porque la esencia de las respuestas a los fenómenos de entorno está en ideas, conceptos, acciones nuevas y novedosas, es por ello que las estrategias y resultados difieren de cada organización, aún en aquellas que compiten con productos similares y en un mismo mercado.

---

(4) Picazo, R., y Martínez V., "Ingeniería de Sistemas: Para crear clientes satisfechos y lograr ventajas competitivas sustanciales y sostenibles", ed Mc Graw Hill, México, 1991, 7-350.

### 3.1.11 MONITOREO DEL SERVICIO.

El elemento tradicional del control ha sido la auditoría, un enfoque que se orienta a examinar el cumplimiento de la calidad de servicio y sus atributos. Sin embargo, por la naturaleza misma del servicio y la creación de usuarios satisfechos como base para generar ventajas competitivas, se considera que el concepto de auditoría está limitado para el cumplimiento de los fines de la evaluación de los servicios, por lo que es mejor plantear el concepto de *monitoreo de los contactos de oportunidad* (esta idea proviene del monitoreo de comunicaciones como puede ser Radio o TV) de manera que el receptor final tenga en su televisor una imagen de calidad, por lo que puede advertirse que la velocidad de respuesta y oportunidad son las características del monitoreo, mismas características que deben obtenerse en el cuidado del servicio y la creación de usuarios satisfechos. Así, el monitoreo de los contactos de oportunidad, se convierte en una fase crítica e importante, que conjuntamente con la innovación representa elementos condicionantes para desarrollar ventajas competitivas constantes. Mantener un seguimiento continuo **MONITOREAR** los eventos relacionados con el servicio y de ahí derivar oportunidades de innovación para crear valor y mejorar el servicio, que es una fórmula para lograr competitividad real.<sup>(1)</sup>

(1) Picazo, M., y Martínez, V., Ob cit, p.p. 920-925.

Acceptando el monitoreo de los contactos como un instrumento clave, su efectividad estará condicionada a cumplir con cada una de las fases correspondientes al proceso de control o evaluación de la calidad de la atención.

Proporcionándose las siguientes fases de monitoreo propias de dicho proceso de evaluación o control :

1. Establecer la norma o estándar como punto de referencia para evaluar la calidad del servicio.
2. Medir las realizaciones, es decir la calidad del servicio que se proporciona.
3. Comparar las realizaciones con la norma o estándares de referencia.
4. Tomar las medidas pertinentes, tanto para corregir los hechos, como para prevenir futuras realizaciones

Para alcanzar los objetivos es recomendable considerar que el establecimiento de un mecanismo de monitoreo debe tomarse en cuenta los siguientes puntos :

1. El marco de referencias normas o estándares para evaluar el servicio, las relaciones con el usuario y su satisfacción, deben fijarse por las expectativas del usuario lo que espera y cómo lo espera recibir y sus percepciones lo que él cree que está recibiendo, y no por lo que la organización define que está proporcionando.
2. Las medidas para captar la señal del usuario, tanto por la aceptación de servicio como el del rechazo de los mismos, deben dirigirse a obtener información oportuna.
3. El proceso de monitoreo debe aprovecharse como una oportunidad de tener información que enriquezca la base de datos de los usuarios sobre sus necesidades, deseos, expectativas, etc...
4. El personal de la organización debe involucrarse en el proceso de monitoreo, como corresponde a una organización inteligente.
5. Considerar al monitoreo, que significa solucionar al usuario y derivar oportunidades inmediatas para crear valor de superar el servicio.

**3.1.12 ESTRATEGIAS ADOPTADAS PARA ELEVAR LA CALIDAD  
DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y LA PRODUCTIVIDAD  
EN AMERICA LATINA.**

En los años 80's los Seguros Sociales conceden prioridad ante la situación de crisis económica, a la adopción de acciones prioritarias que conducen a cambios estructurales y de funciones para establecer estrategias que permitan elevar la calidad de la atención médica y por ende la productividad preservando el equilibrio financiero. En la mesa redonda de Buenos Aires en 1985, tiene el propósito de identificar medidas establecidas en la administración y el financiamiento para responder al costo creciente que significa el otorgamiento de prestaciones económicas, servicios sociales de atención médica por asegurado y su núcleo familiar dependiente.<sup>(1)</sup>

Los Seguros Sociales introducen en forma prioritaria en años recientes, mecanismos para lograr una mayor racionalización de prestaciones y servicios, son frecuentes las actividades de descentralización y desconcentración de los servicios, la implantación de programas para la capacitación continua de recursos humanos y con ello mejorar la calidad de la atención médica. La simplificación administrativa en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se aprecia en la aplicación de acciones articuladas a nivel nacional de

-----  
(1) Gastón-Navarro y Palmero, O., " Organización y Financiamiento de la Seguridad Social en América: Transición y Perspectivas ", Buenos Aires, Argentina, 1985, p.p. 111-131.

procedimiento de desconcentración y modernización en varios campos.

En lo referente a esta materia el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, está desarrollando programas relacionados con la implantación de sistemas mecanizados y el establecimiento de normas y calendarización de los servicios de información tanto para optimizar la optimización de los recursos como para elevar la calidad de la atención médica. El Instituto Hondureño de Seguridad Social dedica especial atención a la preparación de manuales de organización, normas y procedimientos de programas de capacitación del personal en los propios centros de trabajo, con vías de mejorar utilización de los recursos disponibles y elevar la calidad de la atención médica.

El Instituto Nicaraguense de Seguridad y Bienestar orienta acciones hacia la descentralización y desconcentración de las delegaciones tomando en cuenta algunas prestaciones económicas, introduciendo diversos procedimientos de simplificación, informática, aplicación de programas de recursos humanos y de orientación al usuario con los mismos propósitos que los anteriores.

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales diseña y pone en práctica manuales de agilización de procesos de afiliación, una redefinición de funciones, determinando necesidades reales del personal entre otras.

El Instituto de Seguros Sociales de Colombia ha introducido modalidades importantes para agilizar la administración de la gestión de los servicios, facturación y autoliquidación, definición de manuales, de funciones y de procedimientos, diseño de instrumentos metodológicos, información, equipo de cómputo entre otros.

La administración de Seguridad Social de los Estados Unidos de America, ha

establecido procedimientos de simplificación para el trámite de solicitudes compuesto de nueve dígitos, reducción del tiempo de emisión de las tarjetas del seguro social de seis semanas a once días, plan de sistemas de modernización, responsabilidades a niveles inferiores, técnicas de información al usuario al través de folletos, ciculares, y otros.

Se hace mención también en los últimos años en forma general de los Seguros Sociales, que han adoptado acciones prioritarias en el otorgamiento de prestaciones y servicios con el fin de racionalizar el uso de recursos y elevar la calidad de la atención, así como la productividad y eficacia.

Con el fin de otorgar servicios de atención médica con oportunidad, calidad, eficacia, es frecuente que las instituciones de seguridad social orienten sus programas con reformas en la estructura orgánica de los servicios médicos, caracterizando los niveles de atención entre otras.

El Seguro Social Costarricense tiene actualmente funcionando 68 centros de salud, totalmente funcionados programáticamente, y los avances de integración efectiva en el Sistema Nacional de Salud, así como el proyecto de aplicación de un modelo de consulta externa en atención ambulatoria.

En el Instituto Hondureño los servicios están organizados en tres niveles de atención médica, se han establecido un proceso de revisión a corto plazo, y respecto al personal se realizan programas de capacitación en el área de la salud entre otros.

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales ha reestructurado la dirección de salud creando dos subdirecciones de servicio técnicos y de atención médica, para lograr una completa interrelación entre los aspectos técnicos y

asistenciales. Otras medidas es el control de calidad de productos, así como es importante señalar el impulso a los programas de capacitación dirigidos a mejorar la calidad del personal médico y paramédicos que presta servicios en los centros ambulatorios. El Instituto Salvadoreño ha implementado acciones de racionalización en el campo de otorgamiento de la atención médica enfocado básicamente en la reestructuración de salud y al establecimiento de niveles de atención. Así como la mecanización en el sistema de reaprovisionamiento.

El Instituto de Seguros de Colombia ha elaborado orientaciones dirigidas tanto a funcionarios como a los usuarios al través de un manual informativo; con base al cual las secciones consultando con sus propias características, educación a los beneficiarios, prestación de servicios, y capacitación del personal médico y paramédico. La superintendencia de Seguridad Social de Chile los principales beneficios que otorga los servicios de bienestar son las ayudas de carácter médico y educación entre otros.

Del estudio realizado se precisa una realidad: que la progresión de la seguridad social en América no es paralela y origina en su comparación dificultades para establecer con certeza indicadores que permitan definir avances cualitativos y cuantitativos para evaluar la calidad de la atención médica y la prestación de los servicios médicos.

En esta reunión de la VIII Conferencia Interamericana de ministros del trabajo hubo consenso en considerar que la seguridad social es un concepto amplio que se refiere a la atención de las necesidades básicas de la persona humana y se consideró que el derecho de la seguridad social, debe ser reivindicado para mejorar la garantía de calidad y paz social.

NO

TH

AT

Y

PA

RO

W

El Instituto Mexicano del Seguro Social al través de las experiencias que ha tenido desde los años 50's sobre los estudios de calidad de la atención médica continúa hoy en día con una tendencia ascendente en cuanto al mejoramiento de la calidad de sus servicios, siendo una de sus políticas prioritarias.

Dentro de la evaluación médica está el expediente clínico y se consideran cinco grupos prioritarios para la evaluación continua, a saber:

- a). Diabetes Mellitus;
- b). Hipertensión Arterial;
- c). Tuberculosis Pulmonar;
- d). Control Prenatal y/o Cervicovaginitis; y
- e). Control de Niño Sano.

Esto representa a los tomadores de decisión de los diferentes niveles rectores del IMSS, la oportunidad de reorientación y mejoramiento de estos programas mediante el uso de programas de monitoreo de la calidad de la atención médica que se otorga a los usuarios acorde con las políticas nacionales de salud, con postulados vertidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Estados Miembros, con el propósito de atender las necesidades de la población derechohabiente, y es por ello que de acuerdo a las acciones que tiene el

instituto, justifican el desarrollo de esta investigación y de otras muchas relacionadas con el mejoramiento tanto del desempeño cuantitativo como cualitativo.".

Dentro de las políticas nacionales; la atención de las demandas del bienestar social, tiene el propósito de asegurar la equidad de los servicios de salud demandados de la población, el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 y el Programa Nacional de Salud 1990-1994, promueven y ordenan se concedan prioridades esenciales a las zonas marginadas y rurales con énfasis a la atención primaria a la salud. La calidad en la prestación de estos servicios, debe ser motivo de atención permanente en todas las etapas de su proceso que inicia desde la búsqueda y demanda de la asistencia médica hasta la solución de problemas motivo de la consulta.

Así mismo deberá atenderse la modernización del sistema de salud y la coordinación interinstitucional y la interrelación con otros sistemas como el educativo, el de alimentación y el de abasto, el de vivienda, el de desarrollo regional y urbano, el transporte y el suministro de agua potable, alcantarillado y saneamiento. En este marco de salud y la seguridad social son el resultado no solo del proceso económico y social sino también de acciones específicas para prevenir, preservar y restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos de todas las esferas.

El apoyo para estos propósitos lo constituye la vigilancia sistemática en la prestación de los servicios mediante el desarrollo de investigaciones

-----  
(WOMS: "Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000", Ginebra, 1979, No. 2, p.p. 220-250.

epidemiológicas y de servicios de salud. <sup>11-2)</sup>

Dentro de las políticas de salud internacionales; la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1976 el Comité Consultivo de Investigaciones Médicas, sugirió la necesidad de que los Estados Miembros desarrollaran investigaciones sobre la organización y administración de servicios de salud; esto fue reiterado en 1982 al través de un grupo de expertos, quienes editaron la monografía intitulada *Investigaciones Destinadas a Reorientar los Sistemas de Salud*, con el propósito de obtener una descripción, análisis y apoyo para la toma de decisiones en cuanto a la formulación de programas y políticas acordes con las necesidades de salud demandadas.<sup>13)</sup>

En este documento se describen nueve tópicos los cuales se resumen en el cuadro número 2 que se anexa en el apéndice. Correspondiendo la presente investigación a la línea de *Estudio sobre Gestión de los Sistemas de Salud*, que comprende los rubros de planeación, administración, reglamentación, y evaluación de los sistemas de salud para coordinar e integrar los diferentes programas de acuerdo a la teoría de sistemas.<sup>14)</sup>

Dentro de las actuales políticas internas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); se integró en 1989 el Grupo Básico de Evaluación; - mencionado

-----  
(1) OMS, "Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas de salud", Ginebra, 1983, p. p. D-04.

(2) SSA, "Evaluación del Programa de Salud 1984-1988", México, 1986, p. p. 50-60.

(3) OMS, "Investigaciones destinadas . . . . U Op. cit., p. 88

(4) SSA, "Seminario de Evaluación en el Sector Salud", Memoria, San Juan del Río, Querétaro, 1978, p. p. 71-127.

(5) Van Oigch, P., "Teoría General de Sistemas", ed. Trillas, 2a ed., México, 1989, p. 111.

anteriormente- cuyo documento principal es el intitulado *Evaluación de la Calidad Médica*, en el cual se hace una revisión de las aportaciones de normas y criterios más importantes hasta la fecha en esta institución. "

Sin embargo a partir de los discursos y lineamientos en materia de salud del Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, Lic. Gamboa Patron los enmarca dentro de las directrices y políticas del sector salud, se percibe la búsqueda y logro de los conceptos de "*Calidad y Calidez*" entendidos como una relación interpersonal, entre los prestadores de servicios y los derechohabientes. De esta forma, los estudios que se dirijan hacia el análisis de cumplimiento de esta normatización serán las estrategias para alcanzar la equidad y servicio oportuno que terminen en la satisfacción de los usuarios. Por lo tanto esta investigación cumple con las políticas nacionales e internacionales en materia de salud, así como las internas propias del instituto."

Dentro de la propia Maestría de Investigación de Servicios de Salud (MISS); se puede señalar desde su creación que dentro de los objetivos de ésta, es la formación de los recursos humanos para ISS, han fomentado y procurado el desarrollo de investigaciones destinadas a coadyuvar a instituciones de atención médica y de la salud pública en el logro de propósitos en lo relacionado al otorgamiento de los servicios; así mismo, los profesores han

-----  
(1) IMSS, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Hospitales, "Evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades médicas del IMSS", México, 1967, p.p. 140-169.

(2) IMSS, Nuevo Presidente de la Conferencia Interamericana del Seguro Social, *Cuestión Social*, México, No. 21, 1961, p.p. 27-28.

señalado la necesidad y el interés de que los alumnos realicemos programas de investigación acordes no tan solo con las políticas de salud, sino sobre todo para analizar las necesidades demandadas por la población y desarrollar modelos de salud con características de accesibilidad, equidad, bajo costo y calidad.

## 5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con las premisas analizadas, surgen los siguientes planteamientos en cuanto a la evaluación de la calidad de la atención médica en las Unidades de Medicina Familiar de la Subdelegación de Tlalnepantla en el Estado de México a saber:

### A: FORMACION ACADEMICA DEL MEDICO:

¿Cuál es la influencia sobre la calidad de la atención médica otorgada a los usuarios? Dadas las variables relacionadas del prestador de servicios : promedio de la carrera, el tipo de escuela donde estudio el médico, naturaleza y la duración de estudios de posgrado, la capacitación continua, lectura de revistas médicas, afiliación a sociedades médicas, tiempo de permanecer en la institución, dado que estas variables estudiadas podrían ofrecer características o factores que determinen el grado de calidad de la atención médica que se otorga a la población demandante de servicios de salud.

## B. EXPEDIENTE CLINICO :

¿ De qué forma influye la calidad de la atención médica, en el cumplimiento del buen llenado del expediente clínico ? ¿Cuál es el análisis de concordancia sobre los diagnósticos iniciales y los diagnósticos secuenciales? ¿Cuál es la congruencia entre los diagnósticos clínicos con los resultados de laboratorio ? y finalmente, ¿Cuál es la congruencia de los diagnósticos con las terapéuticas empleadas ?.

## C. SATISFACCION DEL USUARIO :

¿Cuál es la opinión emitida por el derechohabiente de las características de la atención médica recibidas por el médico ? ¿Cuáles son los juicios u opiniones del derechohabiente sobre el tiempo de espera, las características de la infraestructura de la distribución de los servicios, su administración y percepción sobre la personalidad del médico tratante ?.

El planteamiento de todas esta problemática conlleva a sintetizarla en tres Areas Claves los determinantes de la atención médica en las unidad de primer nivel de atención médica:

1. La necesidad de la educación médica continua del personal,
2. La creación de un programa de monitoreo de la calidad de la atención médica con un enfoque sistémico, holístico y de calidad total, y
3. El uso de encuestas sobre morbilidad y usos de servicio de salud contemplados en la satisfacción para el usuario.

Estos tres análisis ofrecen a los tomadores de decisiones una retroalimentación en la reorientación de los programas y políticas de salud. Dado que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está integrado al Sistema Nacional de Salud (SNS), como uno de sus elementos rectores, estos tres análisis incluyen el enfoque de sistemas a fin de lograr la consolidación del SNS, con el propósito fundamental dentro del Plan Nacional de Desarrollo.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar y conocer el grado de calidad de la atención médica en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) de la Subdelegación Tlalnepantla en el Estado de México, al través de la calificación integral de tres instrumentos para medir la formación académica del médico, cumplimiento del llenado del expediente clínico y la satisfacción del usuario.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Formular y desarrollar tres instrumentos para conocer el grado de formación académica del médico, el grado de cumplimiento del llenado del expediente clínico y el grado de la satisfacción del usuario.
2. Establecer las escalas para calificar los diferentes puntajes de formación académica del médico, del cumplimiento del llenado del expediente clínico y de la satisfacción del usuario.

3. Analizar los grados de calidad para mejorar los servicios de salud, en cuanto a su desempeño cuantitativo y cualitativo.
4. Ofrecer un tipo de estudio integrado sobre la calidad de la atención médica, en la formación académica, el expediente clínico y la satisfacción del usuario, diseñando un instrumento útil para el monitoreo permanente para mantener la calidad permanente de la atención médica.
5. Proponer a partir de los resultados recomendaciones a los tomadores de decisiones con objeto de que se mejoren las operaciones de los servicios de consulta externa en las Unidades de Medicina Familiar (UMF), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
6. Contribuir con la mejora de la calidad de los servicios en la formulación de modelos operativos para los servicios de salud que contribuyen o mejoren los anteriores.
7. Generar nuevas recomendaciones y/o alternativas para desarrollar futuras investigaciones sobre la calidad de la atención médica en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) con un enfoque sistémico.
8. Contribuir al logro de investigaciones posteriores de acuerdo a la evaluación propuesta para la calidad de la atención médica.

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 HIPOTESIS.

#### HIPOTESIS I : CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Ho : El puntaje de calidad de la atención médica de las Unidades de Medicina Familiar no está determinado por el grado de nivel académico del médico, el cumplimiento de criterios para el llenado del expediente clínico ni del grado de la satisfacción del usuario.

$$Ho : Y \neq f(X) \quad (1)$$

Ha : El puntaje de la calidad de la atención médica de las Unidades de Medicina Familiar está determinado por el puntaje del nivel académico del médico, del cumplimiento de criterios para el llenado del expediente clínico y del grado de satisfacción del usuario.

$$Ha : Y = f(X) \quad (2)$$

*Donde:*

Ho : Hipótesis nula.

Ha : Hipótesis alterna.

Y : Calidad de la atención médica.

X : Puntaje del perfil académico, cumplimiento de criterios para el llenado del expediente clínico y satisfacción del usuario.

f : Función o expresión matemática en relación (de causa efecto)

**HIPOTESIS 2 : UTILIDAD DEL MODELO ESTRUCTURA-PROCESO-RESULTADO.  
PARA CONOCER LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.**

**Ho :** El modelo *Estructura-Proceso-Resultado* para conocer la calidad de la atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, es menos útil que el modelo aplicado actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

$$H_o : X < Y \quad (3)$$

**Ha :** El modelo *Estructura-Proceso-Resultado* para conocer la calidad de la atención médica en las Unidades de Medicina Familiar, es más útil que el modelo aplicado actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

$$H_a : X > Y \quad (4)$$

**Donde :**

**X :** Es el modelo *Estructura-Proceso-Resultado*.

**Y :** Modelo Instituto Mexicano del Seguro Social actual.

**< ó > :** Función o expresión matemática de magnitud.

**HIPOTESIS 3 : VARIABLES QUE INTEGRAN LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.**

**Ho :** La calificación integral de variables que integran la calidad de la atención médica de las Unidades de Medicina Familiar no es igual a la calificación integral de grados de calidad del nivel médico, del cumplimiento del llenado de criterios para el llenado del expediente clínico y de la satisfacción del usuario.

$$H_o : \sum X_1 + X_2 + X_3 \neq \sum Y_1 + Y_2 + Y_3 \quad (5)$$

**Ha :** La calificación integral de variables que integran la calidad médica de las Unidades de Medicina Familiar es igual a la calificación integral del perfil académico, del cumplimiento de criterios del llenado del expediente clínico y de la satisfacción de usuario.

$$H_a : \sum Y_1 + Y_2 + Y_3 = \sum X_1 + X_2 + X_3 \quad (6)$$

**Donde :**

$\sum X_1 + X_2 + X_3$  : Es igual a la calificación integral de las variables que integran la calidad de la atención médica.

$Y_1$  : Perfil académico.

$Y_2$  : Expediente clínico.

$Y_3$  : Satisfacción del usuario.

**HIPOTESIS 4 : CONGRUENCIA DE VARIABLES CON EL MODELO**

**ESTRUCTURA - PROCESO - RESULTADO.**

**Ho :** No existe congruencia (igualdad) entre las variables, perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario, con la *Estructura-Proceso-Resultado* respectivamente.

$$H_0 : Z_1 \neq X_1 \quad (7)$$

$$Z_2 \neq X_2 \quad (8)$$

$$Z_3 \neq X_3 \quad (9)$$

**Ha :** Existe congruencia (igualdad) entre las variables, perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario con la *Estructura-Proceso-Resultado* respectivamente.

$$H_a : Z_1 = X_1 \quad (10)$$

$$Z_2 = X_2 \quad (11)$$

$$Z_3 = X_3 \quad (12)$$

**Donde :**

**Z :** Es igual a  $Z_1$  : Estructura.

$Z_2$  : Proceso.

$Z_3$  : Resultado.

**X :** Es igual a  $X_1$  : Perfil académico.

$X_2$  : Expediente clínico

$X_3$  : Satisfacción del usuario.

$\neq$   $\neq$  = : Función matemática que explica igualdad, congruencia, entre perfil académico igual a estructura, expediente clínico igual a proceso y satisfacción del usuario igual a resultado.

## 7.2 TIPO DE INVESTIGACION.

Sin duda alguna esta investigación recae en el estudio de tipo descriptivo ya que su objetivo central es obtener un panorama mas preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar los elementos de juicio para estructurar politicas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar los lineamientos.

Transversal, diseñado para desarrollar y aplicar instrumentos que evalúen la calidad de la atención médica en unidades de primer nivel de atención, en un periodo de tipo determinado por el investigador.

Analitico ya que complementara el análisis de estadística de rutina, así como para evaluar la validez de la investigación y generar información respecto a la calidad de la atención médica en las unidades de primer nivel.

Esta investigación de evaluación de la calidad de la atención médica se llevó a cabo en las Unidades de Medicina Familiar de la Subdelegación de Tlalnepantla del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de México, en un solo momento la aplicación de los instrumentos del perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario, en el periodo de julio a diciembre de 1991.

### 7.2.1 VARIABLES.

El problema de la investigación se presenta con una serie de conceptos que se plantearon en el capítulo 4, los conceptos son abstracciones representando fenómenos empíricos, basándose de la etapa conceptual (marco conceptual) a la etapa empírica, por lo que estos conceptos se convertirán en variables y éstas se entenderán como presentaciones de los conceptos de la investigación que deben expresarse en forma hipotética.

Por lo que la variable de estudio que se desea explicar se denominará como *Variable dependiente (Y)* que para este estudio corresponderá a la calidad de la atención médica. Y las variables que se esperan expliquen el cambio de la variable dependiente son referidas como *Variable independiente (X)* que para este estudio corresponderán al perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario.<sup>(1,2)</sup>

---

(1) Naghi, N., "Metodología de la investigación", ed. Limusa, México, 1987, p.p. 60-72.

(2) Pardiñas, F., "Metodología y técnicas de investigación en Ciencias Sociales", S. XXI, México, 1990, p.p. 15-17.

### 7.2.1.1 DEFINICION DE VARIABLES.

#### Y : CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA (CECAM):

Es el proceso sistematizado para medir las propiedades cualitativas y cuantitativas de los diferentes grados de calidad en forma integral mediante el uso de criterios preestablecidos, con el fin de detectar aciertos y desviaciones así como reforzar el cumplimiento de las normas y procedimiento clínico administrativos.

Es decir para este estudio:

*Estructura + Proceso + Resultado* = EVALUACION DE LA ATENCION DE LA  
CALIDAD MEDICA.

En otras palabras :

Pérfil académico

Expediente clínico

Satisfacción del usuario

GRADO DE EVALUACION DE LA CALIDAD ATENCION MEDICA

Matemáticamente:

$$Y = X_1 + X_2 + X_3 \quad \text{ó} \quad X_1 + X_2 + X_3 = Y$$

*Donde :*

**X<sub>1</sub> : PERFIL ACADEMICO (PA) :**

Se entenderá como evaluación curricular.

Calificación de la actividad profesional de médico cirujano, con base a documentos que avalen la misma en cuanto a profesiograma, capacitación, docencia, e investigación y labor institucional aplicando una escala elaborada para tal efecto.<sup>11-2)</sup>

**X<sub>2</sub> : EXPEDIENTE CLINICO (EC) :**

Es el conjunto de documentos relacionados al estado de salud de un individuo, escritos de manera específica, exacta, ordenada, que registran las etapas o resultados de su estudio, los diagnósticos y programas encaminados a formular la salud o de tratamiento de la enfermedad, la evolución del caso hasta su solución parcial o total, con notas gráficas y reportes de laboratorio y gabinete.

Para efecto de este estudio se consideraron los relacionados con los cinco grupos prioritarios a evaluar en el Instituto Mexicano del Seguro Social y son :

- a) Diabetes Mellitus, b) Hipertensión arterial c) Tuberculosis
- d) Control prenatal y/o cervicovaginitis y e) Control de niño sano.

**Xa : SATISFACCION DEL USUARIO (SU) :**

Estado que resulta de conjunto de actitudes del estado deseado, para la atención médica en relación de su Unidad de Medicina Familiar del usuario tanto en el enfoque de *Structura-Proceso-Resultado*.

ó bien :

Conjunto de actitudes, pensamiento y comportamiento hacia un objetivo en particular (calidad de la atención médica recibida).<sup>(1-4)</sup>

(1)IMSS:"Contrato Colectivo de Trabajo 1989-1991", ENTSS, México,1989, p.p.130

(2)IMSS:"Glosario de términos técnico-administrativos de uso frecuente en el Instituto Mexicano del Seguro Social",México, 1990.

(3)J., Goode, K. Hatt:"Metodos de investigación social", Trillas, México, 1982 p.p. 203-205.

(4)Rojas Soriano,"Guia para realizar investigaciones sociales" ed. PUV, México 1989, p.p.140-144.

PROCESO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	PERFIL ACADEMICO PA	
INDICADORES		DEFINICION
FOLIO	ID	Número que corresponde a la encuesta.
EDAD	EDAD	Años cumplidos en tiempo anotados.
SEXO	SEXO	Condición orgánica física biológica.
MATRICULA	MATRICU	Inscripción del registro médico o número que se le atribuye para su identificación.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	UMF	Unidad de atención médica ambulatoria y domiciliaria para proporcionar atención médica integral, con recursos propios de primer nivel a los individuos y familias a donde se encuentran adscritos.
CONTRATO	CONTRATO	Tipo de contrato: Base: son todos aquellos que ocupan en forma definitiva un puesto tabulado conforme a las normas del contrato colectivo de trabajo. Confianza: son todos aquellos que realizan las funciones de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de carácter general y no tabulados, así como relacionados con trabajos personales del patron dentro del instituto. Substituto: son todos aquellos que no son de base.
CLAVE DEL SERVICIO	CLAUSERV	Es el área clasificada numéricamente en el servicio.
CONSULTORIO	CONSULTO	Es un local destinado a la consulta médica general, para pacientes ambulatorios en la UMF con el equipo necesario para dar una excelente calidad de la atención médica y que además tiene una clasificación numérica.
TURNO	TURNO	Jornada de trabajo.
JORNADA	JORNADA	Número de horas de trabajo dedicadas.
ESCUELA	ESCUELA	Universidad de egreso de sus estudios de licenciatura.
PROMEDIO	PROMEDIO	Porcentaje de calificación de egreso de sus estudios de licenciatura.
MENCION HONORIFICA	MENCION	Honor que se concede a una obra o tesis durante la carrera, con cierto valor promedio.



INDICADORES	DEFINICION
<b>LECTURA DE REVISTAS</b>	
<b>MEDICAS</b>	<b>PERLECRM</b> Lapso o periodicidad de tiempo de consulta de las revistas médicas.
<b>BIBLIOTECA</b>	<b>BIBLIO</b> Lugar específico en donde se encuentra información referida y organizada para consulta y estudio.
<b>CURSOS IMPARTIDOS</b>	<b>CURIMPAR</b> Imparte alguna doctrina en especial de tipo académico.
<b>INVESTIGACIONES</b>	<b>INV</b> Trabajos de investigación científica publicada y no publicada.
<b>TRABAJOS PUBLICADOS</b>	<b>TRABPUBL</b> Igual que INV.
<b>CATEDRATICO</b>	<b>CATEDRAT</b> Profesor de alguna asignatura en forma intermitente o permanente.

VARIABLE	EXPEDIENTE CLINICO	EC
INDICADORES	DEFINICION	
<b>FOLIO</b>	<b>ID</b>	Número de la encuesta.
<b>NUMERO DE EXPEDIENTE</b>	<b>NUMEXP</b>	Registro numerico que sirve para identificar, localizar el documento en el archivo y/u otros servicios, datos que pertenecen al usuario.
<b>SEXO</b>	<b>SEXO</b>	Igual que SEXO.
<b>TIPO DE DERECHO/AMBIENTE</b>	<b>TDCH</b>	Número que se le atribuye de acuerdo al tipo de clasificación del IMSS.
<b>EDAD</b>	<b>EDAD</b>	Igual que EDAD.
<b>UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR</b>	<b>UMF</b>	Igual que UMF.
<b>IDENTIFICACION DEL USUARIO</b>	<b>IDENTIFU</b>	Son los datos que cubren la hoja MF-1 del expediente clínico como son: número de afiliación, nombre, dirección, teléfono, adscripción de la UMF, delegación, con o sin derecho, matrícula del médico, fecha, etc.
<b>ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES</b>	<b>AHF</b>	Todo lo referido antecedentes patológicos heredofamiliares en relación al padecimiento actual referidos en la

INDICADORES		DEFINICION
		historia clínica, hoja MF-2 del expediente clínico.
<b>ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS</b>	<b>APNP</b>	Son los datos relacionados a los hábitos higiénico-dietéticos, educación, laboral, etc. que se encuentran anotados en la hoja MF-2 del expediente clínico.
<b>ANTECEDENTES PATOLOGICOS AP</b>		Es todo lo relacionado a enfermedades referidas que haya o sufra el usuario, anotados en la hoja MF-2 del expediente clínico.
<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS AOBBS</b>		Son todos los datos ginecológicos, reportados en la hoja MF-2 del expediente clínico.
<b>PADECIMIENTO ACTUAL</b>	<b>PA</b>	Es la nota clínica completa del médico familiar referida con una anamnesis en la hoja MF 3-4 en el expediente clínico.
<b>SINTOMAS GENERALES</b>	<b>SINTOMOS</b>	Es todo lo concerniente a datos positivos o negativos que el médico detecta en el interrogatorio clínico, completo, acusoso y que se anota en la hoja MF-1 y MF-2 del expediente clínico.
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>TRAT</b>	Es la terapéutica empleada escrita por el médico tratante en relación al diagnóstico anotada en la hoja MF-2 del expediente clínico.
<b>INSPECCION GENERAL</b>	<b>INSPECFGN</b>	Son los datos positivos o negativos que el médico detecta al realizar la exploración física completa y se anota en la hoja MF-1 MF-2 del expediente clínico
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>DIAGNOST</b>	Es el nombre científico que pone el médico familiar en su nota médica, posterior de realizar la historia clínica completa, así como de la exploración física encontrada, en relación a los síntomas y signos referidos en el padecimiento actual
<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO</b>	<b>ESTUDLAB</b>	Son los indicados por el médico familiar en relación al padecimiento actual y diagnóstico, anotados en la hoja MF-2 en expediente clínico.
<b>ESTUDIO DE RADIODIAGNOSTICO</b>	<b>ESTUDRX</b>	Igual que ESTUDLAB.

INDICADORES	DEFINICION
TRATAMIENTO CONFIRMADO	TRATCONF Es la terapéutica empleada o indicada por el médico familiar en relación al padecimiento actual, exploración física, laboratorio y Rx, anotados en la hoja MF-2 MF-3-4, MF9, MF-10, MF11 en el expediente clínico.
CITAS	CITAS Es una fecha fijada por el médico para valorar evolución del padecimiento del usuario, anotada en la hoja MF 3-4 en el expediente clínico.
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	REFREF A qué lugar el paciente es enviado o canalizado de su UMF, importando nivel de jerarquía al Hospital General de Zona que le corresponda y se ratifica en la hoja 4-30-12B en el expediente clínico.
DONDE PACIENTE QUIRURGICO	NIVEL PACIENOX Nivel de atención médica. Si en la nota médica así lo refiere MF 3-4 en el expediente clínico.
INCAPACIDAD	INCAPACI Es el tiempo otorgado por el médico familiar al usuario, anotado en la hoja MF 3-4, donde especifica tiempo y causa. Igual que diagnóstico.
DIAGNOSTICO GRUPO PRIORITARIO	NOBDDIAD GRUPOPRI De los cinco grupos seleccionados a evaluar en esta investigación.
CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CON LOS SINTOMAS	CODIAGSI Es la relación de los síntomas referidos por el paciente en nota médica con el diagnóstico presuncional o definitivo que anotó el médico en la hoja MF-3-4 en el expediente clínico.
CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CON EXAMENES DE LAB	CODXLAB Es la relación entre el diagnóstico y solicitud de laboratorio clínico que están reportados en la hoja MF-11 en el expediente clínico.
CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CON EXAMENES DE RX	CODIAGRX Igual que CODXLAB.
CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CON CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO CON RESULTADOS DE LAB	CPDXLAB Es la determinación o afirmación de los

INDICADORES	DEFINICION
CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO CON RESULTADOS DE RX USO DE DOCUMENTACION OFICIAL PARA SOLICITAR EXAMENES DE LAB Y RX	CFDXRRX Igual que CFDXLAB. DOCOFLRX Hojas de solicitud segun las establecidas por el IMSS para laboratorio y Rx como son las hojas MF-9 y MF 11 que se corrobora en el expediente clinico.
RECETA	RECETA En este caso se dara por hecho si en la hoja MF-3-4 si anotó la terapeutica es que se uso receta.
LETRA LEGIBLE	LETRALEO Se considerará cuando la nota médica este realizada en forma manuscrita, tomando como parametro de que se pueda leer por lo menos dos terceras partes de lo escrito en el expediente clinico.
TRATAMIENTO ESPECIFICO HORARIO	TRAESHOR Se refiere al tiempo que debe transcurrir de acuerdo a la dosis indicada para tomarlo entre una y otra dosis anotando en la hoja MF3-4 en el expediente clinico.
TRATAMIENTO ESPECIFICO DOSIS	TRAENDOS Se refiere a la cantidad de alguna medida que el médico indique en relación a la terapéutica empleada anotada en la hoja MF3-4 en el expediente clinico.
TRATAMIENTO ESPECIFICO VIA DE ADMINISTRACION	TRAESVAD Se refiere a la forma de aplicación en cualquiera de sus formas indicadas por el médico familiar anotada en la MF3-4 en el expediente clinico.
TRATAMIENTO ESPECIFICO DURACION	TRAESDUR Se refiere al tiempo de tratamiento especificado según terapéutica indicada por el médico familiar corroborada en la hoja MF3-4 en el expediente clinico.

INDICADORES	DEFINICION
FIRMO EN EL TRATAMIENTO INDICADO	FIRMAMED Se refiere al rúbrica que utiliza el médico familiar para avalar la nota médica que anota en la hoja MF3-4 en el expediente clínico.
CONGRUENCIA DEL TRATAMIENTO CON EL DIAGNOSTICO	COTRATDX Es la relacion de la terapéutica empleada, interrogatorio, exploración física, laboratorio y gabinete anotadas en la MF3-4 MF9, MF10, MF11 en el expediente clínico.
CORRECCION DEL TRATAMIENTO EN CASO DE CAMBIO DEL DIAGNOSTICO	CORRECTX Esta variable se corroboró en relación a lo anotado en la hoja MF3-4, MF9, MF10, MF11 en el expediente clínico.
CONGRUENCIA DEL TRATAMIENTO CORREGIDO CON EL DIAGNOSTICO FINAL	COTXCORR Igual que CORRECTX.
CITAS PARA EVOLUCION REGRESO EL PACIENTE Y CUAL FUE EL MOTIVO	CITAEVOL Igual que CITAS. REPAMOTI Si el paciente regreso con o sin cita, anotado por el médico en la nota médica y cuál fue el motivo de la consulta, anotadas en la hoja MF3-4 en el expediente clínico.
USO DEL MEDICAMENTO	USOMEDID Es en relacion a lo anotado por el médico tratante, si uso el medicamento el paciente de acuerdo a la indicación médica anotadas en la hoja MF3-4 en el expediente clínico.
TRATAMIENTO QUE CONTINUO TRATCONT	Es la terapéutica clínica que el paciente sigue en padecimiento crónico o agudo.
CONFIRMACION DE LA MEJORIA	CFMEJORI Si fue anotada alguna forma de confirmación de la mejoría o restauración de la salud en el expediente clínico.
CONFIRMACION DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	CFRECHRF Si se confirmó por medio de la nota médica en la hoja 4-30-8 de envió de su UMF al HGZ que le corresponde, así como la nota médica del HGZ en la hoja 4-30-12B en donde se corrobora la nota del especialista, con indicaciones y bajo

INDICADORES	DEFINICION
NIVEL	control nuevamente en su unidad de medicina familiar (UMF). Igual que NIVEL.

VARIABLE	SATISFACCION DEL USUARIO	SU
INDICADORES	DEFINICION	
FOLIO	ID	Igual que ID.
EDAD	EDAD	Igual que EDAD.
SEXO	SEXO	Igual que SEXO.
OCUPACION	OCUPAC	Actividad laboral calificada, realizada en una empresa o lugar determinado.
ESCOLARIDAD	ESCOL	Grado de estudios que tiene o refiere.
DOMICILIO	MPO	Municipio a que pertenece en relación a la ubicación de la UMF.
NACIONALIDAD	NACION	Origen de nacimiento del usuario.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	UMF	Igual que UMF.
DERECHOHABIENTE	TDH	Igual que TDCH.
TIEMPO EN EL IMSS	TIMSS	Antigüedad en años que pertenece al IMSS.
TIEMPO DE SU CASA A LA CLINICA	TRASL	Tiempo que hace de su domicilio a la UMF.
COSTO DE SU CASA A LA CLINICA	COBTCC	Se refiere en cuanto a la cantidad que se gasta para su traslado.
LOCALIZACION DE LA UMF	LUMF	Satisfacción de la localización en el lugar en donde se ubica la UMF.
CONSULTA	CONSUL	Es la atención médica recibida de un médico al usuario.
HORARIO DE CONSULTA	HCONS	Es el tiempo que se especifica para recibir la consulta en su UMF de acuerdo a lo que estipula lo normado.
TRAMITES PARA OBTENER LA CONSULTA	TRAMOBTC	Son los requisitos o pasos que tiene que realizar el usuario en su UMF para recibir o que le otorgan la consulta en cuanto a tiempo.
RECIBIO LA CONSULTA	RECIBIOC	Si fue valorado, explorado, diagnóstico, y recibió tratamiento de acuerdo al padecimiento que sufre el usuario.

INDICADORES	DEFINICION
<b>FACILIDAD PARA RECIBIR CONSULTA</b>	<b>FARECONS</b> Pasos favorables, positivos en cuanto a tiempo, atención del personal y de todos los servicios que se requieren en la UMF.
<b>TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE LLEGA A LA UMF HASTA QUE RECIBE LA CONSULTA</b>	<b>TTUMFREC</b> Es el tiempo transcurrido que el usuario pasa en la espera de recibir la atención médica por su médico familiar en la UMF.
<b>ULTIMA CONSULTA</b>	<b>ULTIMAC</b> Es el tiempo que a transcurrido desde la penúltima consulta hasta el día en que se realizó la encuesta.
<b>TIPO DE CONSULTA</b>	<b>ESTACONES</b> Igual que CONSUL.
<b>NOMBRE DE SU MEDICO</b>	<b>NOMDMED</b> Se le pregunta al usuario si recuerda el nombre de su médico y que lo diga.
<b>SALUDO</b>	<b>SALUDO</b> Es la actitud que tiene su médico al dirigirse al usuario para darle la bienvenida al consultorio al recibir la consulta.
<b>AMABILIDAD</b>	<b>AMABILID</b> Es la actitud que su médico tiene al dirigirse al usuario durante la consulta.
<b>VESTIDO</b>	<b>VESTIDO</b> Es en la forma que el paciente observa o califica a su médico en relación a su indumentaria como médico dentro de su consultorio y/o UMF.
<b>HUMOR</b>	<b>HUMOR</b> Es la actitud que observa o califica el usuario a su médico según su estado de ánimo de este, así como va en relación a su agresividad que presenta durante todo el proceso clínico-terapéutico dentro de su consultorio.
<b>INTERROGATORIO</b>	<b>INTERRO</b> Es la forma de sentir del usuario que tiene hacia su médico cuando le realiza una serie de preguntas durante la anamnesis clínica y de la manera en que el médico se dirige al usuario.
<b>EXAMEN CLINICO</b>	<b>EXAMCLIN</b> De acuerdo a las técnicas y métodos exploratorios que el paciente supone que debe explorarlo su médico y la satisfacción de estas de acuerdo a su problema de salud en el consultorio.
<b>EXPLICACION</b>	<b>EXPTRAT</b> Es la forma correcta, sencilla, factible que realiza el médico hacia el usuario

INDICADORES	DEFINICION
	para explicar su problema de salud, con la característica de que en este caso el usuario es quien decide si queda satisfecho con ésta.
TIEMPO DE CONSULTA	TIEMCONS Es la duración de la consulta otorgada en su UMF con su médico tratante, así como con juicio por parte del usuario.
DESPEPIDA	DESPEPID Es la forma o actitud que toma el médico hacia el usuario para dirigirse al despedirlo al salir de la atención recibida a la satisfacción del usuario.
TIEMPO DE ESPERA	TIEMESP Es el lapso transcurrido desde que el usuario llega a la UMF y realiza todos los trámites pertinentes hasta el momento de realizar la última operación indicada de acuerdo a su satisfacción.
SILLAS	SILLAS Son los elementos de la estructura física de la unidad de la UMF para esperar la atención médica de acuerdo a ciertas características que el usuario crea pertinentes a su satisfacción personal, por ejemplo, comodidad, estructura, número, calidad, etc.
INFORMACION Y ORIENTACION	INF Es de dos tipos, siendo uno de acuerdo a los anuncios y carteles visibles y bien dirigidos y la segunda en relación o de acuerdo al módulo de informes con la Técnica de Orientación e Información (TOI) de acuerdo a dudas que pueden ser satisfechas para el usuario.
TRATO DEL PERSONAL	TRATOPER Es la percepción de las actitudes del personal en general, de acuerdo al tiempo de espera en la UMF en relación con el usuario.
LIMPIEZA DEL CONSULTORIO	LIMPCONS Es todo aquello que en un momento dado desagrade, afecte y/o inclusive puedan ser focos de infección no valorados ni detectados por el mismo usuario, pero que de alguna manera se sienten a disgusto (no de tipo punitivo) en la UMF en general y/o bien en una área específica.

INDICADORES	DEFINICION
LIMPIEZA DE BAÑOS	LIMPBANO Es el lugar en donde los usuarios de alguna manera acuden por necesidades fisiológicas y que estos no se encuentren a su entera satisfacción en relación a limpieza v/o bien en otras referidas por ellos.
DISTRIBUCION DE SERVICIOS	DISTSERV Es la manera de percibir del usuario la organización de las áreas de servicio de la UMF que faciliten su visibilidad y localización y que de alguna manera puedan tener algún letrero o señal que puedan hacer que los detecten con facilidad.
VIGILANCIA	VIGILANC Estos en relación al personal de seguridad con la que cuenta la UMF, considerando sus actitudes así como los servicios que ellos prestan a los usuarios para un mejor servicio dentro de la unidad de medicina familiar y de acuerdo a la satisfacción del usuario.
ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS	ORGASERV Es la percepción del sentir del usuario en cuanto a funcionamiento de cada área de servicio para que le otorgen lo necesario y requerido, con la mejor calidad que debe cada servicio a entera satisfacción de este.
ADMINISTRACION	ADMINIST Esta variable se refiere cuando se le pregunta al usuario si conoce al director de la UMF y/o al personal de gobierno.
PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO	PRMEDPAK Entiéndase por ésta que es la percepción sentida por el usuario de acuerdo a la atención del médico y personal paramédico, de la UMF desde que llega a solicitar la consulta hasta que sale de la UMF, de acuerdo a su entera satisfacción.
DOMINIO LABORAL	DOMLAB Es muy difícil de definir y dar parámetros cuantitativos pero nos referimos más a lo cualitativo en cuanto a desempeño, actitud dominio del puesto que se desempeña el personal médico y paramédico de acuerdo a los servicios solicitados por el usuario a su entera satisfacción.

INDICADORES	DEFINICION
RESPECTO MOSTRADO	RESPECTO Es la calificación que da el usuario de acuerdo a la educación mostrada del prestador de servicios de acuerdo a su satisfacción.
CUAL FUE EL SENTIR EN LA UMF	SENTIR Es la actitud que el usuario muestra o tiene durante el transcurso que pasa en la UMF, hasta recibir la consulta e inclusive hasta que sale de ésta.
INFORMES Y ORIENTACION CITAS	INFORMES CITAS Igual que INF. Es el lugar a donde se otorgan las citas con la única ventaja de que valorara el usuario del tiempo en que se la otorgan.
CONSULTORIO	CONSULT Es en relación a la localización, distribución, organización y equipamiento de acuerdo al sentir del usuario.
LABORATORIO	LAB Igual que CONSULT.
RADIODIAGNOSTICO	RX Igual que CONSULT.
FARMACIA	FARMACIA Igual que CONSULT.
ARCHIVO	ARCHIVO Igual que CONSULT.
QUEJA	QUEJAS Es la opinión del usuario en relación a una mala atención médica, pero no de tipo punitiva, pero si con afección personal y de mala impresión para el funcionamiento de la UMF.
SUGERENCIA	SUGERENC Igual que QUEJAS, con la salvedad de que en esta variable se recomendará la opinión bien definida que refiera el usuario, ya sea en forma positiva o negativa para mejorar los servicios de salud que a él competen.

### 7.2.1.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Una vez ya definidas ya las variables a estudiar que sirvieron para la evaluación de la calidad de atención médica (ECAM), las cuales se involucraron en una Área de un aspecto definido por lo que las variables objetivas se definen como elementos numéricamente medibles de una organización determinada, perfil académico con todos sus indicadores de estudio que la integran para comprobarla así como el expediente clínico con todas sus indicadores considerados. Es por ello que estas condiciones objetivas se definen por cualquier número que representa una cantidad dada de una variable de interés, siempre que sea independiente de una opinión subjetiva (replicable).<sup>11</sup>

Sin embargo las variables subjetivas se definen en esta investigación que se relacionen con las "Dimensiones afectivas y cognitivas" que varían con las condiciones objetivas. Mas específicamente las actitudes subjetivas tasan la cantidad de satisfacción o insatisfacción derivada de los sujetos por cada una de las condiciones objetivas, enumeradas en la evaluación de la calidad médica medidas en la satisfacción del usuario.

La razón de operacionalizar las mediciones objetivas y subjetivas (variables cualitativas y cuantitativas) en la investigación se deriva de la definición de la calidad de la atención médica: "Es con una propuesta del proceso sistémico para medir las propiedades cualitativas y cuantitativas de los

-----  
GIP. van Oigch, Idém p.p. 240-240.

diferentes puntaje de calidad en forma integral mediante el uso de criterios pre-establecidos con el fin de detectar aciertos o desviaciones y reforzar el cumplimiento de normas y procedimientos científico-administrativos..

Por lo que se consideran cuatro entradas específicas a la relación funcional para cada factor , de la evaluación de la calidad de la atención médica y cada individuo i:

Fórmula propuesta por algunos autores:

$$S_j = \frac{1}{P} \sum_{i=1}^P W_{ij} O_{ij}$$

Donde:

$O_{ij}$  : es la medición objetiva de todos los factores para cada individuo normalizado a una escala de 1:10

$S_j$  : es la medición subjetiva o la satisfacción del mismo factor para el mismo individuo, también normalizado a una escala de 1:10

$r_j$  : es la correlación entre todas las  $O_{ij}$  y las  $S_{ij}$  para la población total. (Corresponde a la fórmula de Correlación de Spearman).

$W_{ij}$  : es la importancia considerada que un individuo atribuye al factor particular relativo a todos los demás factores a una escala nominal u ordinal.

De lo anterior se deduce:

$$O_{ij} = \left( \frac{1}{P} \sum_{i=1}^P W_{ij} \right) \cdot \left( \frac{1}{P} \sum_{i=1}^P W_{ij} \right)$$

Donde:

P : es el número de miembros en la población seleccionada.

Tomando en consideración lo propuesto para la aplicación en esta investigación se tienen los siguientes tratamientos de las variables en forma sumatoria:

X<sub>1</sub> Perfil académico es la suma de todas los indicadores subjetivos y objetivos propuestas para la investigación.

$$X_j + . + . + . + . + X_i$$

X<sub>2</sub> Expediente clínico es la suma de todas las anotaciones según cumplimiento de criterios para su llenado.

$$X_j + . + . + . + . + X_i$$

X<sub>3</sub> Satisfacción del usuario es la suma de características subjetivas relacionadas con la aceptación de servicios de las relaciones interpersonales y las amenidades.

$$X_j + . + . + . + . + X_i$$

## 7.2.2 MODELO.

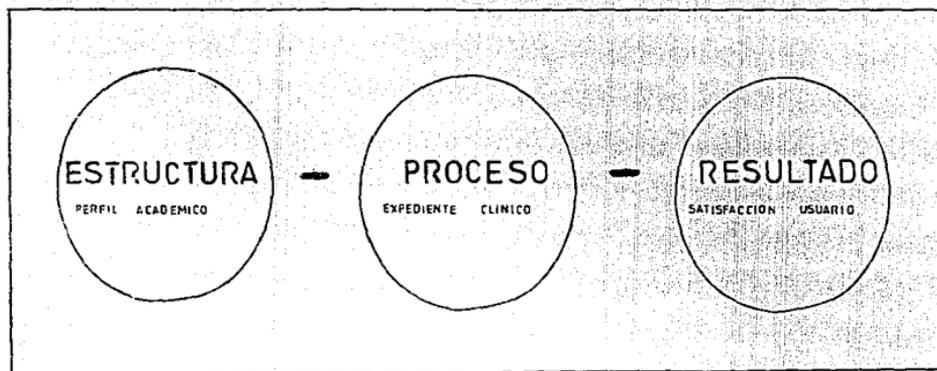
Entiéndase que el *Diseño* es la comprobación del modelo. Por lo tanto *Modelo* es el conjunto de decisiones tomadas en la producción o creación de una cosa. Y el *ajuste u ordenación* de estas decisiones constituye el modelo general de la investigación, lo que da una armadura teórica y diversas posibilidades de representación teniendo una expresión teórica, simbólica y matemática.

### EL MODELO TEORICO MUESTRA LO SIGUIENTE:

- A). Debe expresar resumida pero deliberadamente -esto es apuntando las razones de cada una de las decisiones del área del fenómeno elegido para la investigación, no en general y vagamente sino empíricamente y fidedignamente definida-.
- B). Debe expresar deliberadamente el problema elegido para estudio.
- C). Expresa las proposiciones teóricas generales, los postulados y el marco de referencia, que sirve de base para la elección de las hipótesis y las técnicas de comprobación y disprobación así como el análisis de los datos recogidos en el procedimiento de comprobación y disprobación.
- D). Muestra la formulación de la o las hipótesis.
- E). La selección de las técnicas de comprobación de las hipótesis y en consecuencia de la recolección de datos, comenzando por el muestreo del universo que se va estudiar, el tipo de muestreo preferible y el instrumento técnico: cuestionario.
- F). Y finalmente el análisis de estas técnicas señalando las probabilidades de error y las probabilidades de éxito de los resultados. El posible alcance de generalización del trabajo sin olvidar al cuestionario y la forma en que se va a administrarlo si es que hay tiempo y recursos para hacerlos.

Es por ello que para esta investigación se elaboró un modelo de acuerdo a una realidad empírica, el cual se anexa en este mismo capítulo.

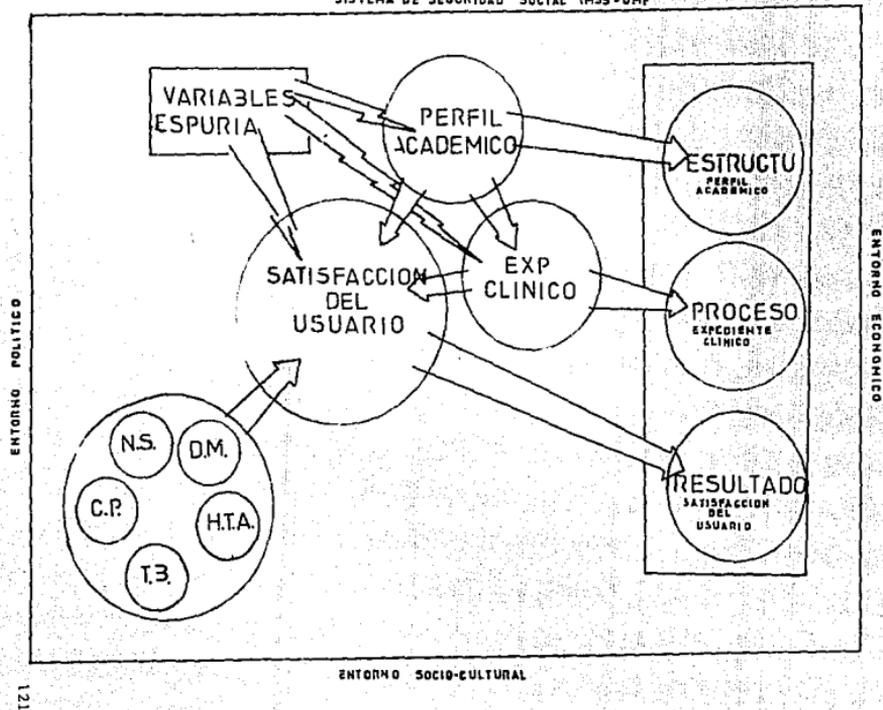
7.2.2.1  
MODELO ESTRUCTURA - PROCESO - RESULTADO



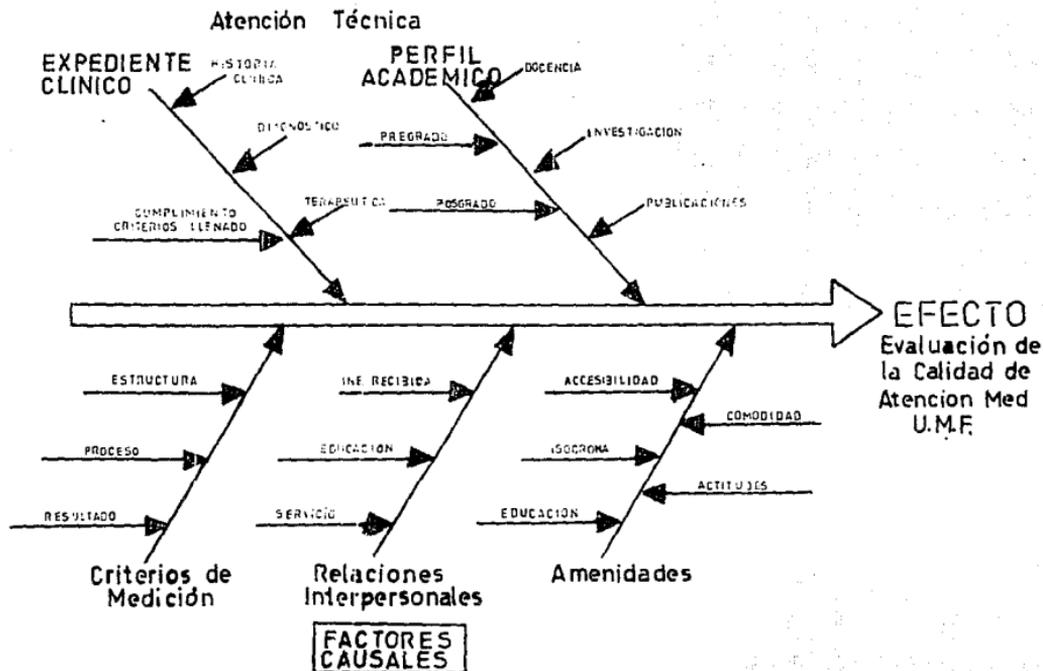
CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

7.2.22  
MODELO QUE EXPLICA LA RELACION DE VARIABLES  
CON LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL IMSS-UMF



## DIAGRAMA DE ISHIKAWA



### 7.2.3 HERRAMIENTAS MATEMATICAS.

El objetivo de este capítulo es mostrar la importancia de la estadística en la investigación, se entenderá al presentar las técnicas más utilizadas, su interpretación y la razón de su uso.

En esta investigación se usará tanto estadística paramétrica y no paramétrica para probar las hipótesis planteadas en esta investigación. Por lo que se consideró los siete objetivos generales que deben considerarse para analizar los datos.<sup>11</sup>

- \* ¿ Qué hay en los datos? [media, mediana, moda]
- \* ¿ Qué tanto varían los datos? [desviación estándar, rango, varianza]
- \* ¿ Como están distribuidos los datos? [frecuencia]
- \* ¿ Qué relación existe entre las variables? [correlación y medidas de asociación]
- \* ¿ Que estimaciones y predicción resultarán de los datos? [estimación de punto e intervalo]
- \* ¿ Qué diferencia existe entre grupos y variables? [chi<sup>2</sup>, análisis de varianza]
- \* ¿ Qué variables causan variación en otras? [prueba t, z y análisis de varianza]

11) Granberg, Barnet, Goldstucker, Jack y Sellenger, What Techniques are used by Marketing Researcher in Business, Journal of Marketing, April, 1977, p.p. 62-64

Por supuesto que la aplicación de estas técnicas estadísticas se llevaron a cabo con la ayuda de cómputo. Haciéndose uso del *S.P.S.S. The Statistical Package for the Social Sciences*.

**MEDIA :** Es la suma de valores de todas las observaciones divididos entre el número de observaciones.

**MEDIANA:** Es el valor de la observación del centro ( $n/2$ ) cuando todos los valores han sido ordenados de menor a mayor o a la inversa.

**MODA :** Es el valor que se presenta con más frecuencia en un conjunto de observaciones.

**RANGO :** Mide la distancia entre los valores mayor y menor en una distribución.

**DESVIACION MEDIA :** Mide la variación promedio de los valores respecto a la media del grupo sin tomar en cuenta el signo de la desviación.

**VARIANZA:** El cálculo de la varianza es similar al de la desviación. La única diferencia es que se elevan al cuadrado antes de ser sumados.

**DESVIACION ESTANDAR:** Es la raíz cuadrada positiva de la varianza.

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS:** Es un método de clasificación de datos en clases o intervalo de manera tal que se pueda establecer el número o porcentaje de las observaciones.

**Tablas de frecuencia.-** Es la forma más común de presentar la distribución de los datos.

**Distribución de frecuencias para datos nominales.-** No se requiere calcular el número de clases y su amplitud, sino el número de clase es igual al número de categoría.

**PRESENTACION DE GRAFICAS :** En este caso existen varias formas de describir gráficamente la información. Por lo que se sugiere que el investigador

debe elegir el método de acuerdo con el tipo de datos y la idea que se desea comunicar.

**CHI QUADRADA :** Se emplea para hacer comparaciones entre FRECUENCIAS más que entre puntajes medios, en variables nominales y ordinales, así como se habla de una *potencia estadística* QUE ES LA PROBABILIDAD DE RECHAZAR LA HIPOTESIS NULA CUANDO ESTA ES REALMENTE FALSA Y DEBE SER RECHAZADA.

**NIVELES DE CONFIANZA :** Para establecer si nuestra diferencia obtenida es estadísticamente significativa -resultado de una diferencia poblacional real y no sólo del error de muestreo- se acostumbra establecer un (o nivel de significancia), nivel de probabilidad en el cual se puede rechazar a la hipótesis nula y se puede aceptar con confianza la hipótesis de investigación. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula si la probabilidad es muy pequeña (sólo 5 oportunidades entre 100) de que la diferencia muestral sea un producto del error de muestreo.

Por lo que para esta investigación se propone un nivel de significancia 0.05. O sea que estamos dispuestos a rechazar la hipótesis nula si una diferencia muestral obtenida ocurre casualmente sólo cinco veces o menos entre 100 (5%). Los niveles de significancia no nos dan afirmación absoluta acerca de la corrección de la hipótesis nula. Siempre que se decida rechazar la hipótesis nula a un cierto nivel de significancia, nos abriremos a la posibilidad de tomar la decisión equivocada. Rechazar la hipótesis nula cuando se debería aceptar se conoce como ERROR ALPHA (o error tipo I).

Mientras más cerca de la cola de la curva caiga el nivel de confianza, mayor

será el riesgo de cometer otra clase de error, conocido como el ERROR BETA (  $\phi$  error tipo II), error en el que se cae al aceptar la hipótesis nula cuando debió haber sido rechazada.

Estos son los riesgos de la toma de decisiones estadísticas que el investigador social debe estar dispuesto a asumir.

**ANÁLISIS BIVARIADO:** Su objetivo principal es encontrar la posible relación entre dos variables, considerándose Y y X, donde Y es el valor de la primera variable, X es el valor de la segunda.

**ANÁLISIS DE VARIANZA DE UN SOLO FACTOR: ANOVA** Es el caso más simple; consiste en analizar el efecto de un solo factor (*variable independiente no métrica*) que posiblemente influye en una variable dependiente.

Todas las fórmulas se encuentran en el apéndice de esta investigación, que corresponderán a cada una de las ya definidas.<sup>(1-5)</sup>

- 
- (1) V. Glass, C. Stanley, "Métodos Estadísticos Aplicados a las Ciencias Sociales", Ed. PHI, México, 1964, p.p. 7-384.
  - (2) Naghi Namakforosh, "Metodología de la investigación :Herramientas estadísticas", Ed Limusa, México, 1984, p.p.281-323.
  - (3) J. Levin, "Fundamentos de estadística en la investigación social", ed. HARLA, México, 1983, p. p. 1-303.
  - (4) A., Rascon, " Introducción a la estadística descriptiva", ed. UNAM, México 1983, vol., I. p.p. 1-141.
  - (5) V., Quiroz, D., Fournier, "SPSS: enfoque aplicado", ed. Mc Gray Hill, México., 1990, p. p. 1-225.

## 8. MEDICION

El término de *medición* puede definirse desde diversos puntos de vista, pero lo esencial de la acepción es que por *medición* se entiende la asignación de números a objetos según determinadas reglas, por medio de está, los atributos de nuestras percepciones se transforman en entidades conocidas y manejables llamadas números. La medida *real o exacta* de una variable es algo que nunca puede lograrse, puesto que no llega a coincidir jamás con el *valor exacto*<sup>(\*)</sup>.

En cambio y para suplir la deficiencia, existe el *valor informado*, que es el valor observado según la medida escogida y aunque no esperamos que ambos coincidan, este último da una aproximación del primero. Y por *sensibilidad* de un método de medición, se entiende la menor unidad de la escala que se da a conocer. Desafortunadamente, nos vemos obligados a adoptar el concepto de *límites* para un *valor exacto*, en tanto que medida básica en trabajo estadístico. Sin embargo, con frecuencia el investigador encontrará importante categorizar su escala de medida. No me extenderé sobre las nociones de las escalas de medidas, ya que es importante tener una visión global de las relaciones entre medidas y con lo que se está midiendo.

### RESUMEN DE LAS ESCALAS DE MEDIDA:

**NOMINAL:** Se clasifican los objetos y las clases se numeran.

**ORDINAL:** Los tamaños relativos de los números asignados a los objetos, reflejan las cuantías de los atributos que los objetos poseen.

**INTERVALO:** Existe una unidad de medida que permite que los objetos no sólo puedan ser ordenados, sino también asignados a ciertos números.

**COCIENTE:** Los números asignados a los objetos tienen todas las propiedades de PROPORCIONA escala intervalar y, además, se cuenta con punto cero en esta RAZON escala..

(\*) Un valor o puntuación exacto no se debe interpretar como verdadero o estable completamente, ya que no lo es. La puntuación real puede ser invariable de una vez a otra.

## 8.1 ESCALA DE MEDICION.

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION
PERFIL ACADEMICO	PA	Nominal
FOLIO	ID	Ordinal
EDAD	EDAD	De intervalo
SEXO	SEXO	Nominal
MATRICULA	MATRIC	Ordinal
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	UMF	Nominal
CONTRATO	CONTRATO	Ordinal
CLAVE DE SERVICIO	CLAVSERV	Ordinal
CONSULTORIO	CONSULTO	De intervalo
TURNO	TURNO	Ordinal
ESCUELA	ESCUELA	Nominal
PROMEDIO	PROMEDIO	Nominal
MENCION	MENCION	Nominal
GENERACION	GENERAC	De intervalo
TIEMPO DE TITULACION TRANSCURRIDO ENTRE SERVICIO SOCIAL Y TESIS	TTSSTE	Nominal
TESIS	TESIS	Nominal
TRABAJO	TRABAJO	Nominal
INTERFERENCIA LABORAL	INTERLAB	Nominal
RENDIMIENTO ESCOLAR	RENDIESC	Nominal
EDUCACION CONTINUA ANTES	EDUCONTA	Nominal
EDUCACION CONTINUA DESPUES	EDUCONDS	Nominal
CURSOS POSGRADO ANTES	CRPSATES/MS/DR	Nominal
CURSOS POSGRADO DESPUES	CRPSDES/MS/DR	Nominal
SOCIEDADES MEDICAS	DOCMEDS	Nominal
REVISTAS MEDICAS	REVSEDEDS	Nominal
PERIODICIDAD DE LEER REVISTAS MEDICAS	PERLECRM	Nominal
CONSULTA DE REVISTAS MEDICAS	CRSMEDS	Nominal
BIBLIOTECA	BIBLIO	Nominal
CURSOS IMPARTIDOS	CURIMPAR	Nominal
TRABAJOS PUBLICADOS	TRABPUBL	Nominal
CATEDRATICO	CATEDRAT	Nominal

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION
EXPEDIENTE CLINICO	EC	Nominal
FOLIO	ID	Ordinal
NUMERO DE EXPEDIENTE	NUMEXP	Ordinal
TIPO DE DERECHAHABIENTE	TDCH	Ordinal
EDAD	EDAD	Nominal
SEXO	SEXO	Ordinal
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	UMF	Ordinal
IDENTIFICACION DEL USUARIO	IDENTIFU	Nominal
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	AHF	Nominal
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	APNP	Nominal
ANTECEDENTES PERSONALES	AP	Nominal
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	AOBS	Nominal
PADECIMIENTO ACTUAL	PA	Nominal
SINTOMAS GENERALES	SINTOMOS	Nominal
TRATAMIENTO	TRATA	Nominal
INSPECCION GENERAL	INSPGEN	Nominal
DIAGNOSTICO	DIAGNOST	Nominal
ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESTUDLAB	Nominal
ESTUDIOS DE RADIODIAGNOSTICO	ESTUDRX	Nominal
TRATAMIENTO CONFIRMADO	TRATCONF	Nominal
CITAS	CITAS	Nominal
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DONDE	RECFREF	Nominal
PACIENTE QUIRURGICO	NIVEL	Ordinal
INCAPACIDAD	PACIENTOX	Nominal
DIAS DE INCAPACIDAD	INCAPACI	Nominal
NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	DIASINCAP	De intervalo
CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CON SINTOMAS	NOMBDIAG	Nominal
GRUPO PRIORITARIO	COBIAOSI	Nominal
CONGRUENCIA DE DIAGNOSTICO Y SINTOMAS OBTENIDOS EN LA INSPECCION GENERAL	GRUPOPRI	Nominal
CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CON LABORATORIO	COBXSIG	Nominal
CONGRUENCIA DE DIAGNOSTICO CON RADIOLOGICO	COBXLAB	Nominal
CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO CON RESULTADOS DE LABORATORIO	COBDIAGR	Nominal
	CFDXRLAB	Nominal

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION
CONFIRMACION DE DIAGNOSTICO CON RESULTADOS DE RADIODIAGNOSTICO	CFDXRRX	Nominal
USO DE DOCUMENTACION OFICIAL PARA SOLICITUD DE LAB Y RX	DOCOFLRX	Nominal
CAMBIO DE IMPRESION DIAGNOSTICA SEGUN RESULTADOS DE LAB Y RX	DICKRLRX	Nominal
RECETA	RECETA	Nominal
LETRA LEGIBLE	LETRALEG	Nominal
TRATAMIENTO ESPECIFICO HORARIO	TRAESHOR	Nominal
TRATAMIENTO ESPECIFICO DOSIS	TRAESDOS	Nominal
TRATAMIENTO ESPECIFICO VIA DE ADMINISTRACION	TRAESVAD	Nominal
TRATAMIENTO ESPECIFICO DURACION	TRAESDUR	Nominal
FIRMO EL MEDICO EL TRATAMIENTO	FIRMAMED	Nominal
CONGRUENCIA DEL TRATAMIENTO CON DIAGNOSTICO	COTRATDX	Nominal
CORRECCION DEL TRATAMIENTO EN CASO DE CAMBIO DE DIAGNOSTICO	CORRECTX	Nominal
CONGRUENCIA DEL TRATAMIENTO CORREGIDO CON EL DIAGNOSTICO FINAL	COTXCORR	Nominal
CITAS PARA EVOLUCION	CITAEVOL	Nominal
REUROSO EL PACIENTE Y CUAL FUE MOTIVO	REPANOTI	Nominal
USO EL MEDICAMENTO SEGUN INDICACION	USOMED	Nominal
TRATAMIENTO QUE CONTINUO	TRATACONT	Nominal
CONFIRMACION DE LA MEJORIA	CFMEJORI	Nominal
CONFIRMACION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	CFRECFREF	Nominal
NIVEL DE ENVIO	DONDE	Ordinal
SATISFACCION DEL USUARIO	SU	Nominal
FOLIO	ID	Ordinal
EDAD	EDAD	Nominal
SEXO	SEXO	Ordinal
OCUPACION	OCUPAC	Ordinal
ESCOLARIDAD	ESCOL	Ordinal
DOMICILIO	MPO	Ordinal

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION
NACIONALIDAD	NACION	Ordinal
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	UMF	Ordinal
TIPO DE DERECHOAHIENTE	TDH	Ordinal
TIEMPO EN EL IMSS	TIMSS	Ordinal
TIEMPO DE SU CASA A LA CLINICA	TRANL	Ordinal
DISTANCIA DE SU CASA A LA CLINICA	DISTC	Nominal
COSTO DE SU CASA A SU CLINICA	COSTCC	Nominal
LOCALIZACION DE LA UMF	LUMF	Nominal
CONSULTA	CONSUL	Nominal
HORARIO DE CONSULTA	HCONS	Nominal
TRAMITES PARA OBTENER LA CONSULTA	TRAMOBTC	Nominal
RECIBIO LA CONSULTA	RECIBIOC	Nominal
FACILIDAD PARA RECIBIR LA CONSULTA	FARECONS	Nominal
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE LLEGA A LA UMF HASTA QUE RECIBE LA CONSULTA	TTUMFREC	Ordinal
ESTA CONSULTA ES	ESTCONES	Nominal
NOMBRE DEL MEDICO	NOMBMED	Nominal
SALUDO	SALUDO	Nominal
AMABILIDAD	AMABILID	Nominal
VESTIDO	VESTIDO	Nominal
HUMOR	HUMOR	Nominal
INTERROGATORIO	INTERROG	Nominal
EXAMEN CLINICO	EXAMCLIN	Nominal
EXPLICACION DEL TRATAMIENTO	EXPTRAT	Nominal
TIEMPO DE CONSULTA	TCONSUL	Nominal
DESPEDIDA	DESPEPID	Nominal
TIEMPO DE ESPERA	TIEMPESP	Nominal
SILLAS	SILLAS	Nominal
INFORMACION Y ORIENTACION	INF	Nominal
TRATO DEL PERSONAL	TRATOPER	Nominal
LIMPIEZA DEL CONSULTORIO	LIMPCONS	Nominal
LIMPIEZA DE LOS BAÑOS	LIMPBANO	Nominal
DISTRIBUCION DE SERVICIOS	HORARIO	Nominal
VIGILANCIA	VIGILANC	Nominal
ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS	ORGASERV	Nominal
ADMINISTRACION	ADMINIST	Nominal
PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO	PRMEDPAR	Nominal
DOMINIO LABORAL	DOMILAB	Nominal
RESPECTO MOSTRADO	RESPECTO	Nominal
SENTIR DEL USUARIO EN LA UMF	SENTIR	Nominal
INFORMES Y ORIENTACION	INFORMES	Nominal
CITAS	CITAS	Nominal

VARIABLE	DEFINICION	MEDICION
DISTRIBUCION DEL CONSULTORIO	CONSULT	Nominal
LABORATORIO	LAB	Nominal
RADIODIAGNOSTICO	RX	Nominal
FARMACIA	FARMACIA	Nominal
ARCHIVO	ARCHIVO	Nominal
QUEJAS	QUEJAS	Nominal
SUGERENCIAS	SUGERENC	Nominal

ASIGNACION DE VALORES DE LOS INDICADORES DE LAS TRES VARIABLES.

VARIABLE	INDICE	VALORES	PUNTAJE
<b>PERFIL ACADEMICO PA</b>			
<b>INDICADORES:</b>			
SEXO	MASCULINO	FEMENINO	1 2
UMF	52 59 60 62 64 70		1 2 3 4 5 6
	65 184 186 188		7 8 9 10
CONTRATO	BASE	SUBSTITUTO	1 2 3
	CONFIANZA		
TURNO	MATUTINO	VESPERTINO	1 2
ESCOLARIDAD	UNAM	IPN	UAM
	UAEM	OTRO	1 2 3 4 5
PROMEDIO	60-69	70-79	80-89
	90-99	100	1 2 3 4 5
MENCION	SI	NO	1 2
TITESTE	-6 MESES		-1 AÑO
	+1 AÑO		1 2 3
TESIS	SI	NO	1 2
TRABAJO	SI	NO	1 2
AREA	SALUD	EDUCACION	ADMINISTRACION
			OTRA
INTERLAB	SI	NO	1 2
RENDIESC	BAJO RENDIMIENTO		1 2 3 4
	BUEN RENDIMIENTO		
	EXPERIENCIA LABORAL		
	OTRO		
EDUCONTA/DS	1-2 CURSOS	3-4 CURSOS	1 2 3
	+5 CURSOS		3/3
CRFSAT/DS/ES/MS/DR	SI	NO	1 2
SOCMEDS	SI	NO	1 2
REVSMEDES	1-2 REVISTAS MEDICAS		1 2 3
	3-4 REVISTAS MEDICAS		
	+5 REVISTAS		
CRFSMEDS	1 REVISTA	2 REVISTAS	1 2 3
	+3 REVISTAS		
PERLECRM	DIARIO	SEMANAL	1 2 3 4
	QUINCENAL	MENSUAL	
BIBLIO	EN LA UNIDAD		1 2 3
	FUERA DE LA UNIDAD		
	EN OTRA		
CURIMPAR	1 CURSO	2-3 CURSOS	1 2 3
	+3 CURSOS		3

INDICADORES	INDICES	VALORES	PUNTAJE
INVESTIG	1 INVESTIG 2 INVESTIG DE 3 A + INVESTIGACIONES	1 2 3	3
TRABPUBL	1 INVESTIGACION PUBLICADA 2 INVESTIG. PUBLICADAS DE 3 A + INVESTIG PUBL.	1 2 3	3
CATEDRAT	SI NO	1 2	3
TOTAL DE PUNTAJE			49

EXPEDIENTE CLINICO EC	VARIABLE	INDICADOR	INDICE	VALORES	PUNTAJE
TDCH	ASEGUADO	BENEFICIARIO	1 2 3 4		
	HIJOS	PADRES			
SEXO	MASCULINO	FEMENINO	1 2		
UMF	52 5P 60	62 64	1 2 3 4 5		
	70 05 184	196 198	6 7 8 9 10		
IDENTIFU/PA/INSGEN	INCOMPLETA	SEMICOMPLETA	1 2 3		3/3
	COMPLETA				
AHF/APNP/AP/ADBST/ SINTOMOS/TRAT	ANOTADOS	NO ANOTADOS	1 2		1/1
DIAGNOST/ESTUDLAB/ ESTUDRX/TRATACONF/CITAS/ RECREP/PACIENQX/ INCAPACI/ NIVEL	SI	NO	1 2		1
	PRIMER NIVEL				
	SEGUNDO NIVEL				
	TERCER NIVEL		1 2 3		
CFR1AOSI/CODXSIG/ CCDXLAB/CODIAGR/ GRUPOPRI	MAL	REGULAR BIEN	1 2 3		3/3
	DIABETES MELLITUS				3/3
	HIPERTENSION ARTERIAL				
	TUBERCULOSIS YU OTROS				
	CONTROL DEL NIÑO SANO				
	CONTROL PRENATAL/CERVICO		1 2 3 4 5		
CFDXRLAB/CFDXRX	CONFIRMAN DIAGNOSTICO				
	NO CONFIRMAN DIAGNOSTICO		1 2		1/1
COCOFLRX/RECETA/NOMDIACORRETA	INCORRECTA		1 2		1/1
CIDXRLRX/TRAENOR/ TRAESDOS/TRAESVAD/ TRAESDUR/FRIMAMED	SI	NO	1 2		1/1
					1/1

INDICADOR	INDICES	VALORES	PUNTAJE
CGTRATDX/CGTXCORR	ACERTADA NO ACERTADA	1 2	1/1
CORRECTX	CORREGIDA NO CORREGIDA	1 2	1
CITAEVOL/CFRECF	SI NO	1 2	1/1
REPAMOTI	DISMINUCION DE SINTOMAS		
	MISMOS SINTOMAS		
	MISMOS SINTOMAS + OTROS		
	SINTOMAS DIFERIDOS		
	NO HAY SINTOMAS		
	NO SE DESCRIBE	1 2 3 4 5 6	1
USOMED/TRATCON	CORRECTO INCORRECTO	1 2	1/1
CFMEJORI	EMPEORO EL PADECIMIENTO	1 2 3 4 5	4
	SE COMPLICO EL PADEC.		
	MEJORO EL PADECIMIENTO		
	SANO		
DONDE	PRIMER NIVEL		
	SEGUNDO NIVEL		
	TERCER NIVEL	1 2 3	
	NO SE DESCRIBE		
<b>TOTAL DE PUNTAJE</b>			<b>50</b>

SATISFACCION DEL USUARIO SU		VARIABLE	VALORES	PUNTAJE
INDICADOR	INDICES			
SEXO	MASCULINO FEMENINO		1 2	
OCUPAC	HOGAR PENSIONADO			
	OBRAERO DIRECTIVO			
	OTRO		1 2 3 4 5	
ESCOLA	ANALFABETA			
	PRIMARIA INCOMPLETA			
	PRIMARIA COMPLETA			
	SECUNDARIA			
	PREPARATORIA			
	PROFESIONAL			
	TECNICA			
	COMERCIAL		1 2 3 4 5 6	
	OTRAS		7 8 9	
MPO	52 59 60 62 64 70		1 2 3 4 5 6	
	65 184 186 188		7 8 9 10	
NACION	EXTRANEJRA MEXICANA		1 2	
UMF	IGUAL QUE MPO			
TDCH	IGUAL QUE TDCH			

INDICADOR	INDICES		VALOREN					PUNTAJE			
DISTC	MUY CERCA	CERCA									
	REGULAR	LEJOS									
	MUY LEJOS		1	2	3	4	5	1			
COSTCC	BARATO	CARO		1	2			1			
LUMF	SI	NO	1	2				1			
CONSUL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	1	2							
HCONS	MUY BIEN	BIEN									
	REGULAR	POCO									
	NADA		1	2	3	4	5	1			
TRAMORTC	MUY RAPIDO	RAPIDOS									
	REGULAR	LENTOS									
	MUY LENTOS		1	2	3	4	5	1			
RECIBIOC	SI	NO	1	2				1			
FARECONS	MUY FACIL	FACIL									
	REGULAR	DIFICIL									
	MUY DIFICL		1	2	3	4	5	1			
ULTIMAC	UNA SEMANA	1-4 SEMANAS									
	VARIOS MESES	VARIOS AÑOS	1	2	3	4	5				
ESTACONES	MISMA ENFERMEDAD										
	OTRA ENFERMEDAD										
	MMSA + OTRA ENFERMEDAD		1	2	3						
NOMBMED	SI	NO	1	2				1			
SALUDO/AMABILID/											
VESTIDO/HUMOR/											
INTERROG/EXAMCLIN/											
EXPTRAT/TIEMCONS/								5/5/5			
DESPEDID.TIEMPOESP/								5/5/5			
SILLAS/INF/TRAOPER/								5/5/5			
LIMPON/LIMBAÑO/								5/5/5			
HORARIO/DISTSERV/								5/5/5			
VIGILANC/ORGANOSERV/								5/5/5			
ADMINIST/INFORMES/								5/5/5			
CITAS/CONSULT/LAB/								5/5/5			
RX/FARMACIA/ARCHIVO/	1-6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	5/5/5
PRMEDPAR/	MUY BIEN	BIEN									1
	REGULAR	MAL									
	MUY MAL		1	2	3	4	5				
RESPEYO/DOMILAD	EXCELENTE	BUENO									
	REGULAR	MALO									
	PESIMO		1	2	3	4	5				1
SENTIR	MUY AGUSTO	AGUSTO									
	REGULAR	A DISGUSTO									
	MUY A DISGUSTO		1	2	3	4	5				1
QUEJAS/SUGERENC	SI	NO	1	2							
TOTAL DE PUNTAJE								147			

## 8.2 UBICACION GEOGRAFICA.

La Subdelegación de Tlalnepantla, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra en el Municipio de Tlalnepantla, ubicada en la porción norte del Estado de México, entre los paralelos 19 grados 35' 45" de longitud norte y los meridianos 99 grados 08' 22" y 99 grados 15' 36" de longitud oeste, con una altitud media de 2250 metros sobre el nivel del mar, ocupando una extensión territorial de 53.48 kms. colinda al norte con los municipios de Cuautitlán Izcalli el cual tiene una superficie de 110.814 kms, y Tultitlán que cuenta con una superficie de 66.183 kms, al sur con el Distrito Federal y el Municipio de Naucalpan, al este con el Municipio de Ecatepec y al oeste con los Municipios de Naucalpan y Atizapan de Zaragoza. Y aunque no colinda con Cuautitlán tiene afluencia en control y este municipio cuenta con una superficie de 30,778. En lo general su clima es templado subhúmedo, con lluvias en verano. Considerando una afluencia de dominio de superficie territorial de un total 291.152 dentro del cual se encuentran ubicadas las UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR de la Subdelegación de Tlalnepantla."(1)

(1) INEGI, Síntesis Geográfica, " Nomenclatura y Anexo Cartográfico del Estado de México", 1987, p.p. 1-101.

(2) SSA, Subsecretaría de Planeación, " Anuario estadístico de 1985", México, 1987, 35-392.

En el Municipio de Tlalnepantla localizamos a las siguientes Unidades de Medicina Familiar:

1. UMF 186 Iztacala 2
2. UMF 95 Iztacala 1
3. UMF 79 Ceylan
4. UMF 60 Tlalnepantla
5. UMF 64 Tequexquahuac

En el Municipio de Cuautitlán Izcalli se localizan las siguientes Unidades de Medicina Familiar:

6. UMF 59 Lecheria
7. UMF 184 Unidad Tepalcapa
8. UMF 188 Izcalli Campo 2
9. UMF 52 Cuautitlán Izcalli

En el Municipio de Cuautitlán se localiza la Unidad de Medicina Familiar :

10. UMF 62 Cuautitlán

En el Municipio de Tultitlán se localiza la Unidad de Medicina Familiar:

- 11 UMF ??? Cartagena (AUN NO OPERA) NO SE CONSIDERA

### 8.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACION :

Dentro de estas UMF en donde se realizó la investigación, se consideraron aún dos tipos de clasificación:

I. UMF : Que manejan tres tipos de usuarios, como son en las UMF 79, 60, 64, 164, 52, 188, 52, siendo de población asegurada (trabajador), beneficiarios (familiares) para la consulta externa y población abierta (sin derecho a seguridad social) para la consulta de urgencias.

II.UMF : Que atienden únicamente población específica con seguridad social como en la UMF 59 que es para asegurados y beneficiarios de Comisión Federal de Electricistas y en las UMF 95 y 186 para asegurados y beneficiarios de Ferrocarriles Nacionales de México.

Se anexa plano geográfico para la ubicación tanto de la Subdelegación de Tlaneantla en el Estado de México, como la ubicación de la UMF respectivamente. Así como organigrama de la atención médica, regionalización de los HGZ que tiene afluencia, y Organigrama Estructural en el apéndice.

### 8.3.1 MUESTREO.

“UNIVERSO” o “población” son palabras utilizadas técnicamente para referirse al conjunto total de elementos que constituyen una área de interés analítico. Se denomina “muestra” a un subconjunto del conjunto que es universo o población. La teoría del muestreo tiene como propósito establecer los pasos o procedimientos al través de los cuales sea posible hacer generalizaciones sobre la población a partir de un subconjunto de la misma, con un grado mínimo de error.

Según Galtung “ una muestra debe en general satisfacer dos condiciones :

1. En ella debe ser posible poner a prueba hipótesis sustantivas, esto es, proporciones acerca de relaciones entre variables, y
2. Debe ser posible poner a prueba hipótesis de generalización *-de la muestra de universo-* sobre las proporciones establecidas en la muestra.

Es por ello que dentro de los tipos de muestreo que existen se seleccionó el siguiente para los tres instrumentos que se aplicaron en la investigación:

A. Muestreo no probabilístico de tipo intensional: Considerándose como producto de una selección de casos según el criterio de algunos expertos; por medio de este se seleccionan algunos casos que resultan ser “típicos”, utilizándose “informantes claves” sobre situaciones específicas. Asumiendo la

responsabilidad como investigador de la inconveniencia limitante que tiene ésta al obtener el resultado de la muestra, que no pueda generalizarse para toda la población. Sin embargo se consideró de acuerdo a la revisión metodológica considerando que contaban con casos que eran "representativos" de la población estudiada.

La selección se llevó a cabo mediante:

-Entrevistas estructuradas a informantes clave: lo que dio margen a obtener datos relevantes para el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA DE TODA LA INVESTIGACION: PA, EC Y SU.

Se trabajo con la siguiente fórmula:<sup>(1,2)</sup>

$$n = \frac{X^2 pq}{E^2}$$

Donde:

- "X" es igual al nivel de confianza requerida para generalizar los resultados hacia toda la población; para esta investigación es igual 1.96 sobre los valores encontrados en la tabla de confianza.
- "pq" se refiere a la variabilidad del fenómeno estudiado. p probabilidad de que se realice el evento y q probabilidad de que no se realice el evento dentro de una curva normal, por lo que para esta investigación tenemos los valores siguientes correspondientes p igual 50 % y q igual al 50 %.
- "E" indica la precisión con que se generalizarán los resultados. Es importante aclarar que el nivel de precisión no es complemento del nivel de confianza (X), por lo que para esta investigación se considero un valor de 16 es la media de consulta diaria por médico en cada UMF.

Substituyendo términos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (.50) (.50)}{16}$$

$$= 625. \text{ Muestra total de la investigación: PA, EC y SU.}$$

(1) Rojas Soriano, Guía para realizar investigaciones sociales, ed PUV, México, IDSEP, p.p. 171-181.

(2) V. Quiroz, G. Fournier, SPSS enfoque aplicado, Idem, p. 17-41.

No

May

Bag

142

Se definió el universo de estudio en el lugar del estudio, gracias a la participación, colaboración e interés de todos los participantes en ella involucrados, en el servicio de consulta externa de las diez Unidades de Medicina Familiar que integran la Subdelegación de Tlalnepantla del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Estado de México, el cual se llevó a cabo de julio a diciembre de 1991.

Considerándose como atributos homogéneos el número de consultas otorgadas por cada médico y por turno, dato proporcionado por la misma UMF, tomado de la hoja de reporte 4-30-6 y 4-30-13, de acuerdo a la consulta general promedio, sobre el promedio de 130 días de atención médica en UMF de 3318.68 consulta por día de las diez UMF, con una media ponderal de 16.59 consulta día médico y por consultorio en ese periodo de 6 meses.

Tomándose como dato específico homogéneo dentro de las UMF ciertas características o atributos específicos para cada instrumento propuesto para la investigación realizada como sigue:

#### **B.3.1.1 PERFIL ACADEMICO:**

El universo es de 288 médicos, de los cuales se tomo una muestra de 179 para el total de las diez UMF, con una distribución submuestrel para cada una de ellas como se puede observarn en el cuadro tres que se anexa en el apéndice.

Considerandose atributos como sexo, turno, servicio de consulta externa, UMF, número de consulta, y otras más anotadas en las variables a estudiar, características heterogéneas que permitiría la investigación.

### 8.3.1.2 EXPEDIENTE CLINICO:

Se considero como atributo homogéneo los cinco grupos prioritarios que el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene propuestos para la evaluación del expediente clínico. sin conocer de manera real el total del número de expedientes de cada uno de ellos, sin embargo con la hoja 4-30-6, se seleccionaron estos, de acuerdo al tiempo propuesto para realizar la investigación, considerando el número de consultas promedio día consultorio que el médico da por consulta externa.

Criterios a considerar para la selección de los expedientes clínicos:

1. Métodos propuestos por el IMSS para la evaluación del expediente clínico.
2. Número de consultorio.
3. Promedio de consulta total día médico.
4. Los cinco grupos prioritarios:
  - a) citas,
  - b) padecimientos crónicos o agudos,
  - c) complicaciones,
  - c) referencia y contrarreferencia,
5. Hoja de registro de 4-30-6
6. Tarjetas de control del expediente clínico a evaluar.

La selección del expediente clínico de los cinco grupos prioritarios se llevó a cabo mediante el uso del método utilizado de evaluación que el Instituto Mexicano del Seguro Social, con las siguientes modificaciones para mejorar la confiabilidad de la selección.

Este tipo de muestreo, tiene como propósito, profundizar el enfoque sistémico y correlacionarlos con los otros dos instrumentos y no sólo de tratar de medir las mismas variables de la experiencia del IMSS, sino de

tratar de mejorarlo, hacerlo fluido y modernizarlo.

Así como facilitar la selección del expediente clínico en un periodo de tiempo dado y que pueda facilitar un *Quantum leap* (salto cuántico) para mejorar la calidad de la atención médica conjuntamente con los dos instrumentos propuestos, con el enfoque sistémico. Se propuso una muestra de 25 expedientes clínicos por cada UMF, siendo un total de 250 expedientes clínicos revisados, confirmados, así como relacionados con los parámetros considerados para la investigación.

#### 8.3.1.3 SATISFACCION DEL USUARIO:

La población de usuarios de las diez UMF oscila entre 872,032 aproximadamente, de acuerdo datos proporcionados de la hoja 4-30-13, de cada UMF, por lo que se seleccionó una muestra de 230 para las diez, considerándose en este caso criterios como son número de consultorio, UMF, número de consulta promedio día, cooperación del usuario para responder la encuesta, disponibilidad de tiempo del usuario e investigador, entre otras.

En el apéndice se anexa tablas de valores de acuerdo a como se manejaron en la investigación cuadros 3 y 4..

#### **8.3.1.4 CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Fueron los siguientes:

##### **PERFIL ACADEMICO:**

- a) Todos los médicos que se nieguen a contestar el instrumento.
- b) Que no sea del servicio de consulta externa.
- c) Que no pertenezca a Unidad de Medicina Familiar.

##### **EXPEDIENTE CLINICO :**

- a) Todos aquellos que no fueran de los cinco grupos prioritarios.
- b) Aquellos que no se encuentren en el tiempo de la investigación.
- c) Aquellos que aún siendo seleccionados no se encuentran en archivo.

##### **SATISFACCION DEL USUARIO :**

- a) Aquellos que se nieguen a contestar el cuestionario.
- b) Aquellos que tengan una base punitiva.
- c) Aquellos que no sea derechohabientes.

#### 8.4 PLAN DE LEVANTAMIENTO DE DATOS Y APLICACION A LAS POBLACIONES

Se realizó por un lado:

8.4.1 PERFIL ACADEMICO.- Para este caso se elaboró una carta que introducía sobre la investigación, con las instrucciones de llenado, donde determinaba el sistema de formación académico del médico adscrito de la Unidad de Medicina Familiar, considerándose como variable independiente de la calidad de la atención médica.

Y por sus características este instrumento debería ser llenado por el mismo médico, anotando sólo y especificando lo que se le pedía. Teniendo una duración máxima de llenado de cinco minutos y máxima de 15 minutos. Siendo la carta clara, concisa y explicativa del procedimiento de la recolección de los datos. Y debería ser contestado por todo el personal médico y ser devuelto en un máximo de plazo de dos a seis horas como máximo, además para asegurar su confiabilidad debería ser entregado en sobre lacrado al médico, quién a su vez lo devolvería cerrado. Con sugerencia de que si creía necesario preferentemente anexar comprobantes para certificar las causas anotadas.

**8.4.2 EXPEDIENTE CLINICO.** - Se elaboró un manual de procedimientos para el llenado de la hoja de exploración de datos, teniendo el propósito de describir sobre los procedimientos para la recolección de datos y facilitar el llenado de la misma procurando evitar el subjetivismo en el levantamiento de los mismos. Se hizo una descripción clara y precisa de cada variable y en la forma de cómo se asentarían las respuestas en la hoja de la encuesta, así como indicándoles de que si existía confusión en el llenado, se sugería que debiera acudir con el supervisor de la investigación o bien con el mismo investigador. El tiempo estimado su llenado mínimo es de cinco minutos, y como máximo siete minutos, y como plazo se daría 15 minutos por cada expediente seleccionado.

**8.4.3 SATISFACCION DEL USUARIO.** - Esta se refiere a las características personales del usuario, que tenían que registrar en forma precisa y concisa, en donde ellos tendrían que contestar, en un tiempo de diez a 15 minutos en la unidad, después de haber salido de consulta externa, así como podía ser llenada por ellos mismos o bien se les ayudaba al llenado de las respuestas que dieran, solicitándoles que la respuesta tendría que ser marcadaa con una cruz u óvalo correspondiente de la respuesta, donde tendría que contestar una serie de preguntas de tipo cualitativo como características o parámótos de uso de servicios de salud, conducta del médico tratante en relación al manejo técnico y psicosocial de la salud.

Este plan de levantamiento de datos se fijó en un plazo máximo de 15 días, a partir de la entrega de encuestas por cada Unidad de Medicina Familiar, siendo aplicada por primera intensión la del PERFIL ACADEMICO (PA), en un mismo momento en todas las unidades, y posteriormente asignando un día completo en horas de labores para el levantamiento de datos para el EXPEDIENTE CLINICO (EC), donde éstos se seleccionaban, primero por el grupo prioritario a evaluar, y posteriormente se acudía con el Jefe de Departamento Clínico, de cada Unidad de Medicina Familiar correspondiente, que a su vez pedía apoyo con el personal de Trabajo Social, para que se proporcionarán las hojas 4-30-6 de registro del expediente clínico, así como facilitaban la tarjeta de control que ellos tiene, seleccionando cinco expedientes de cada grupo prioritario, por cada programa en forma determinística por el investigador, los cuales se proporcionaron, inmediatamente para el vaciado de los datos en la encuesta, llevándose un máximo de tiempo de cinco minutos por cada llenado de encuesta. Y en cuanto a la encuesta de SATISFACCION DEL USUARIO (SU), se seleccionaron todos los consultorios de consulta externa que la Unidad de Medicina Familiar tiene y de acuerdo al número de pacientes que iba recibiendo consulta se le solicitaba cooperación para el llenado de ésta, con lo que con gusto fue realizada el levantamiento de datos, con un tiempo de duración máxima para su llenado de diez minutos.

Sin embargo por la entrega más que nada de las encuestas de perfil académico, es que se llevo un máximo de 20 días, el levantamiento de los datos, en relación al tiempo estimado propuesto dentro de los límites de la investigación, así como siendo honesto. existió el 9 % de pérdida en las

encuestas del expediente clínico de una muestra de 250, únicamente se logró una muestra real de 230, pérdidas atribuidas por tres razones: a). que el expediente no se encontraba en ese momento, b). el llenado de éste no cubría más de una tercera parte y c). o bien que no correspondía a los criterios de inclusión propuestos en la investigación. En relación al perfil académico existió una pérdida del 10 % de una muestra seleccionada de 200, sólo se obtuvo una muestra real de 179, esta pérdida se atribuye a varias razones consideradas : a). la no participación del médico, b). la misma negación del llenado, c). el olvido de la cedula por el médico, d). no encontrarse en ese momento el médico en el consultorio (por vacaciones), e) temor y desconfianza, f) entre otros. En cuanto a la satisfacción del usuario se logró el 100 % de la muestra propuesta 250, ya que se atribuye que los pacientes o usuarios tenían gran interés por tomarse en cuenta, con lo que fué casi nulo la negación para su llenado de los datos en la encuesta.

## 8.5 INSTRUMENTO DE MEDICION.

Los instrumentos de medición se refieren a las tres encuestas aplicadas durante la investigación que son:

8.5.1 Encuesta para medir el Perfil Académico,

8.5.2 Encuesta para medir el llenado del Expediente Clínico, y

8.5.3 Encuesta para medir la Satisfacción del Usuario.

Fué por medio de la aplicación de criterios la elaboración de estas encuestas, mediante la revisión de la base metodológica, ayuda de expertos, así como aplicación de la experiencia del IMSS, con criterios de evaluación del mismo instituto, participación de asesores del proyecto o protocolo de investigación, así como algunos parámetros considerados en la misma evaluación de otras instituciones, como el sector educativo, la banca nacional, comentarios y sugerencias de personas expertas conocedoras del tema. Estos instrumentos considerando las bases anteriores, se fueron estructurando en forma metodológica, con preguntas lo más claras, sencillas, entendibles, factibles, y sobre todo evitando la confusión para que fuesen llenadas por cualquier personas, utilizando criterios de tipo ordinal y nominal, dentro de sus respuestas, con una homogeneidad de éstas, con criterios de menor a mayor en la mayoría de sus preguntas-respuestas, dándoles la ponderación o puntajes correspondientes a cada una de los ítems, además de que se realizaron escalas de calificación definidas para todas las variables de tipo cualitativo, para

convertirlas en cuantitativas totalmente, así como finalmente en su elaboración de cada instrumento se les asigno una *ponderación* por cada *ítem* propuesto, para categorizarlas según su peso y bondad de cada variable utilizada en cada instrumento propuesto de investigación. ( se anexan tablas correspondientes a la elaboración de cada encuesta de acuerdo al ítem. definición de variables, puntaje y calificación tanto del perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario en el capítulo de resultados).

Es interesante hacer saber que aún existiendo una serie de bibliografía, relacionada con el tema, es importante considerar los juicios del investigador ya que realmente en ocasiones resulta ser mas objetivista que subjetivista, para la elaboración de los instrumentos de medición, aunque lo tachen de estricto o en el otro extremo de arbitrario. Además de que no es fácil tomar una decisión de la reestructuración final de cada instrumento de medición durante el transcurso de la investigación ya que no es tarea fácil y que además quedan a juicio de todos cuantos tengan acceso a ellos.

#### **8.5.4 VALIDEZ INTERNA, EXTERNA Y CONFIABILIDAD**

La validez y confiabilidad son las cualidades que el investigador desea encontrar en todo instrumento de medición ya que con ello no se dudará en incorporar las conclusiones del estudio al acervo de conocimientos, y que con ellos se puede calificar los resultados y con ello el investigador dará con ello su cometido de analizar la realidad en forma más directa y libre de distorsión posible. Dicho de otras palabras la preocupación por la validez corre paralelamente a la preocupación por el error, sea cual fuera dentro de la investigación. Los errores incluyen desde el sistemático, introducido en la investigación al través de un mal diseño, hasta el de medición aleatoria, cuasado por factores inestables y situacionales y abarcan aquello que se deben a la administración deficiente de los instrumentos de medición o la falta de claridad de ellos.

Por lo tanto, para saber que el instrumento posee validez de contenido, se debe establecer si abarca adecuadamente los aspectos importantes de las variables que están midiendo. La validez de criterio se valora con base a resultados obtenidos por grados de severidad propuestos para la investigación, de acuerdo por los valores asignados por el investigador, de las variables dependiente e independientes en la escala nominal y ordinal. Tomando en cuenta y considerando las opiniones de las personas que estaban siendo encuestadas en los tres instrumentos propuestos para esta investigación,

además de que no se propone un modelo conceptual de las variables de riesgo o espuria, también se pudo lograr considerar algunas variaciones que afectan la investigación, aunque no se pudiese hacer algo en ocasiones por ella.

Validez de constructo para la aplicación de los instrumentos se consideraron la idiosincracia tanto del personal médico como del usuario y por que no de las mismas normas establecidas para el control del expediente clínico que se tienen establecidas dentro del instituto para cada unidad de medicina familiar.

Otro recurso existente para comprobar la validez del instrumento de medición es recurrir al uso de un jurado de expertos sobre el tema, quien dictamina la relación existente entre los conceptos definidos con base al marco teórico y los indicadores de las variables y reflejados en el instrumento de medición.

Además de que se aplicó previamente estos tres instrumentos en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, conjuntamente con la unidad de atención médica de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala, así como en el Hospital de 144 camas de la Secretaría de Salud, para valorar qué tan factible y de fácil llenado o bien qué tipo de desviaciones se podrían registrar para poderlas corregir antes de aplicar éstas en su momento.

El otro gran punto es la confiabilidad del instrumento de medición, el cual constituye un problema metodológico, Kerlinger (1981) la define como la exactitud o precisión de un instrumento de medición. Existen diversas pruebas de correlación para obtener los resultados con la aplicación de una sola vez del instrumento, obteniéndose un resultado por cada variable de las variables

estudiadas dependiendo del instrumento de medición utilizado.

Esto significa que si se define la confiabilidad en relación con el error, se puede afirmar que a mayor error menor confiabilidad y viceversa. Por lo tanto el concepto de confiabilidad al ligarse con los de error y de validez constituye un punto más para tomarse en cuenta, en la evaluación del proceso de investigación.

Es por ello que existen medidas de correlación que miden la validez, confiabilidad y error del instrumento de medición que se aplica en cada investigación y con ello los investigadores saben cómo se relacionan entre sí las variables en determinado grupo de personas, entre las pruebas que existen son las siguientes:

#### A) COEFICIENTE DE CORRELACION-PRODUCTO DE PEARSON:

Sus primeras aplicaciones hechas fueron por Francis Galton (1857-1936), Karl Pearson (1857-1936), mostraron el importante papel que desempeña este coeficiente en el estudio de asociación de características físicas humanas, donde muestra la naturaleza regresiva de las medidas físicas entre una generación y la siguiente.

Al desviar las puntuaciones  $X$  y  $Y$ , se independiza  $S_{XY}$  de los promedios de las puntuaciones. Para que la medida de la relación deseada sea independiente de la desviación típica de ambos grupos de puntuaciones, solamente se necesita dividir  $S_{XY}$  por  $S_X$  y  $S_Y$  y el resultado será la relación entre  $X$  y  $Y$ .

Si un sujeto obtiene puntuaciones altas en ambas variables, será alto y

positivo. Pero también debe estudiarse el caso de que alguien obtenga puntuaciones bajas tanto en X como en Y. Entonces, la relación también será alta y positiva (puesto que el producto de los números negativos es positivo). Si X y Y se relacionan substancialmente de modo directo (es decir, que las puntuaciones altas están apareadas con las altas y las bajas con las bajas, la mayoría de los productos serán positivos; en consecuencia, la suma de tales productos para todas las personas deberá ser alta y positiva. Si Y y X muestran una relación inversa (una puntuación alta en X apareada con una baja en Y o viceversa), muchos sujetos con puntuaciones negativas tenderán a parearse con puntuaciones positivas. En este caso los productos generalmente serán negativos y en consecuencia será negativa cuando la X y Y se relacionen inversamente. Si Y y X mantienen entre sí una relación sistemática (es decir, que las puntuaciones altas en X pueden aparearse o no con las puntuaciones altas y bajas en Y y lo mismo para puntuaciones bajas en X), tendremos entonces que los individuos que obtuvieron puntuaciones positivas altas, algunos tendrán puntuaciones positivas y otros negativas y cuando se forman los productos algunos serán positivos y algunos negativos, además de que deberían estar próxima a cero. Se anexa fórmula en el apéndice.

## CAUSACION Y CORRELACION

La correlación entre dos variables no necesariamente implica una relación causal entre ellas. Es posible, que la concomitancia (correlación) entre eventos pueda resultar de utilidad para identificar relaciones causales cuando se adapta a otros enfoques metodológicos, pero es una prueba peligrosa y potencialmente errónea, si se emplea como única prueba de existencia de causación. En primer lugar, incluso suponiendo una relación causal entre ambas variables por relacionarse, el  $r_{xy}$  en si no nos puede decir nada sobre si X causa Y o si Y causa X, en segundo lugar, con frecuencia, variables ajenas a las consideradas también pueden influir sobre la asociación observada. En tercer lugar, la relación existente entre variables en educación y ciencias sociales, con gran frecuencia es demasiado compleja para poder explicarla en términos de una sola causa. El no reconocer que la correlación no indica causación es un error lógico muy común. Si bien la correlación no establece directamente una relación causal, si puede suministrar algunas indicaciones al respecto, La ausencia de correlación puede tener un impacto más profundo sobre nuestras hipótesis acerca de relaciones causales, que la presencia de una correlación alta. Una correlación de cero entre dos variables puede indicar ausencia de interrelación, suponiendo que las medidas fueron aplicadas y que en el momento de la aplicación de Pearson  $r$ -que solamente mide determinadas relaciones- es el apropiado para medir aquel tipo general de relaciones llamado causal; Blalock (1964) Campbell y Stanley (1963).

B) COEFICIENTES KR-20:

Son los coeficientes calculados de Kuder-Richardson, para medir la confiabilidad en cada muestra y por dominio, para interpretar este instrumento, es el error estándar de medición de las calificaciones del dominio. Esta medida nos ayuda para determinar la exactitud, o el grado potencial de discrepancia entre la media de la muestra y la media poblacional desconocida. Este estimado se calcula dividiendo la desviación estándar entre la raíz cuadrada del número de casos (N). Uno de los coeficientes de confiabilidad más ampliamente utilizados es el alfa de Cronbach, que es equivalente a la de Kuder-Richardson en este caso.

C) COEFICIENTES DE SPEARMAN-BROWN POR RANGOS ORDENADOS:

Los datos directos pueden convertirse en rangos o posiciones y éstas a su vez pueden agruparse como los datos originales. Para describir la relación entre ambas series de rangos, X y Y, se puede computar el coeficiente de correlación producto-momento entre las n posiciones apareadas. Charles Spearman, el psicólogo británico, se simboliza tal coeficiente con la denotación  $r_s$  hay que tratar de evitar confundirlo con  $r_{xy}$ . No puede describirsele otra interpretación al  $r_s$ , como no sea el enunciado de que es igual al coeficiente de correlación producto-momento calculado a partir de rangos. Su valor no puede ser mayor de +1 ni menor de -1 y solamente alcanzará su máximo valor (+1) si todos los individuos ocupan exactamente los mismos rangos o posiciones en X y Y. Tiene su mayor utilidad cuando los datos originales son rangos o posiciones o

cuando se emiten juicios para calificar individuos o cosa. Pero este método no es válido sino cuando  $n$  es muy grande.

D) LA TAU,  $\tau$ , DE KENDALL:

Todos los coeficientes de correlación discutidos hasta el momento emplean básicamente, de una u otra forma, la teoría de Pearson. Alguno de ellos no son sino la fórmula del coeficiente producto-momento de Pearson aplicada a los datos dicotómicos, nominales u ordinales, Maurice Kendall fue uno de los pocos en tratar de conceptualizar otro principio que no fuera el de producto-momento para medir relaciones entre variables, basó su coeficiente de correlación en el número de pares de posiciones ordenadas en la misma dirección tanto en X como en Y y por consiguiente, tal medida, denominada tau y denotada por  $\tau$  no es sino un enumerador de la calificación de X y Y.

Se anexa fórmula en el apéndice.

La comparación entre los coeficientes de Kendall y de Spearman, existe una estrecha relación lógica entre los dos. Se utiliza para datos al azar, y además es más aplicable para la estadística inferencial, además de que es más útil que la de Spearman.

Se anexan los resultados obtenidos para la validez y confiabilidad de los tres instrumentos utilizados en la investigación tanto de perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario, según las medidas de correlación utilizadas dentro de las pruebas solicitadas en forma computacional en las tablas de los resultados obtenidos.

## 8.6 PRUEBA PILOTO.

Se determinan las fallas de construcción y redacción del cuestionario, se toman tiempos del cuestionario, se toman tiempos de respuesta, se solicitan comentarios y sugerencias para la retroalimentación. Se califica con la ayuda de los participantes para tener una ayuda de los participantes para tener una mayor colaboración y recabar resultados preliminares.

Con la información recabada se procede a modificar las preguntas en su aspecto gramatical y redacción, así como la presentación y formato. Conformadno finalmente para el instrumento de medición de PERFIL ACADEMICO (PA), un total de 39 ítems inicialmente, y quedando finalmente 21 ítems, con los cuales se procesaron los datos estadísticos, para EXPEDIENTE CLINICO (EC), un total de 51 ítems inicialmente y finalmente quedaron 41 ítems, con lo cual se procesaron los datos estadísticos y finalmente para SATISFACCION DEL USUARIO (SU), fueron 56 ítems inicialmente y quedaron 37 ítems para procesar los datos estadísticos para esta investigación.

A partir del marco teórico, concretamente de la estadística, se procedió a

buscar un modelo de muestreo válido para la investigación, así como la cantidad a muestrear total y sus submuestras, teniendo una muestra total de 650 (N), con sus respectivas submuestras para (PA) 179, (CEC) 230 y (CSU) 250.

Y con la base en las facilidades obtenidas se aplicó a la población de personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Subdelegación de Tlalnepantla en el Estado de México, así como los expedientes clínicos de los grupos prioritarios seleccionados para evaluar cada Unidad de Medicina Familiar, así como a los usuarios de las mismas unidades y se procedió a la aplicación de los instrumentos.

Con las frecuencias obtenidas de las plantillas, se generó una matriz básica de datos por preguntas y sujeto en cada dominio. Se anexa en resultados el dominio de (*Bulling line*), por cada instrumento de medición aplicado en esta investigación. Donde expresan las frecuencias en porcentajes. Fueron analizadas todas las preguntas con sus calificaciones y alternativas de solución. En relación a los ítems finales de cada instrumento de medición ya se mencionó anteriormente cómo fueron tanto en su inicio hasta el momento de la toma de decisión para el procesamiento de los datos., para construir la encuesta o instrumento de medición definitivos.

Y finalmente se emplearon las plantillas de respuestas y los índices de aplicabilidad y se generó la tabla del código de calificaciones y los índices de aplicabilidad generándose las tablas correspondientes para cada instrumento de medición propuesto para esta investigación, los cuales se anexan a esta, incluyendo el número de respuestas por ítem utilizado en forma respectiva.

(\*) Corte de líneas en relación al porcentaje de cada ítem.

Todo esto ayudó aún más a decidir los criterios utilizados para probar la validez, confiabilidad y error de los instrumentos de medición propuestos para la investigación. Además de que se corroboró las variables propuestas con base metodológica, ayudando a definir los criterios de inclusión y exclusión de la población a estudio.

En este caso no se utilizó personal ecuestador, ya que al tener acceso directo para la aplicación de los instrumentos por el investigador fué más verídica los datos obtenidos, ya que eso dió mayor margen de expectativas del problema real, así como la posibilidad de recolección de datos sin contar con recurso humano, que en ocasiones es un grave problema al que nos enfrentamos, para reclutamiento, capacitación, control, coordinación, caracterización de criterios y normas establecidas, y lo más difícil de contar con el tiempo disponible de acuerdo a necesidades del investigador o supervisor (ya que es una de las variables spuria más difíciles de controlar), y que para esta investigación probablemente fue una tarea ardua pero satisfactoria para el investigador, pero con resultados demostrativos, de que se puede lograr lo propuesto, así como si consideramos el total de levantamiento de los datos en relación a la muestra que fué del 97 % de un total de 730 instrumentos para esta investigación y el resto ya se comentó el porque no se logro el 100 % de levantamiento de los datos para la investigación. Además de que el manejo tanto en distribución geopolítica, poblacional, organizativa, cultural, económica, social, educacional, entre otros, es difícil en ocasiones superar.

## 9 PROCESAMIENTOS DE LOS DATOS

Cuando se termina el trabajo de campo, es un gran deseo del investigador interpretar los datos y encontrar la realidad tan pronto sea posible. Es por ello que los datos deben convertirse a lenguaje de cómputo. En el área de la investigación, es indispensable del conocimiento y manejo de computadoras, por lo que se procede a elaborar las tarjetas en donde se encontraran los datos en ese lenguaje. Lo primero que un investigador hace después es checar todas las respuestas, de todos los cuestionarios para tener mayor control y menos errores. En relación a las respuestas no válidas se ignoraron, y una vez recabados todos los datos en forma correcta, se procede a los procedimientos estadísticos. Por lo que con la computadora se pueden operar todas las funciones especializadas, como cálculos, gráficas sin equivocación, por lo que la computadora se considera una herramienta importante y poderosa.

La computadora, sin importar característica de tamaño es una máquina que procesa datos y los convierte en conformación con base en un conjunto de instrucciones. Los dispositivos de manejo se encuentran en la entrada y salida de la computadora, la memoria es la unidad en donde se almacenan temporalmente los datos, datos que pasarán a la unidad aritmética y lógica, la unidad de control coordina la operación de las unidades restantes, la unidad central de procesamiento (UCP) es la conjugación de la unidad aritmética y lógica con la unidad de control como se muestra en la figura 1.

### 9.1 EQUIPO:

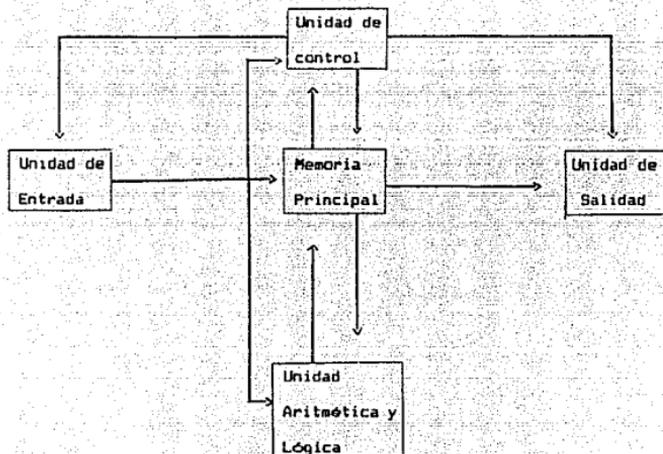


Fig. 1 Organización básica de una computadora

Se utilizó para el procesamiento de los datos el siguiente equipo:

A) Mainframe Hewlett Packard Modelo 406 de 4 MB.

B) Impresora Laser Hewlett Packard Modelo 5520.

(1) Quiroz, V., y Fournier, G., *SPSS: Enfoque aplicado*, ed. Mc Graw Hill, México, 1990, p. p. 6-10.

(2) Naghi, N., *Ibidém*, p. p. 255-270

## 9.2 PAQUETES:

Los paquetes de aplicación son todos los programas que se utilizaron ya elaborados y que efectúan funciones de usuario específicas. Y son:

### a) SISTEMA OPERATIVO:

El software básico de una computadora es el sistema operativo. Este puede considerarse como la interfaz, o traductor, entre el hardware y los programas de los usuarios. Está constituido por programas que supervisan los trabajos y controlan los recursos de equipo y tiempo del sistema de computación.

### b) DE PROCESAMIENTO DE DATOS:

- Word Star
- Chi-Write

Que sirvieron para la elaboración de textos, tienen ventajas de flexibilidad de formato, la facilidad de corrección de errores que permiten la inserción, modificación y eliminación de palabras, párrafos y hasta páginas. Paquetes con los que fueron posible la elaboración del texto de la investigación.

### c) SISTEMA DE MANEJO DE BASES DE DATOS:

- Word Star

Con este paquete permitió elaborar una base de datos no duplicable, todos los datos almacenados en lenguaje de computadora de las tarjetas elaboradas para el procesamiento de los datos para el programa (SPSS).

**d) DE GRAFICACION :**

- Chart 1

Fue el que se utilizó para realizar la representación gráfica de los resultados obtenidos en la investigación.

**e) PAQUE ESTADISTICO :**

- SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)/PC

Paquete estadístico para las ciencias sociales, es un producto con cerca de 20 años de existencia, de mayor uso estadístico, se procesa por lotes, esto significa que hay que perforar o teclear el programa, mandarlo y ejecutarlo y después ver los resultados. Este programa tiene subprogramas; el cual realiza un tipo de procesos diferentes donde realiza un sinnúmero de pruebas estadísticas.<sup>(1-5)</sup> Con el cual se llevo a cabo todas las pruebas estadísticas propuestas en esta investigación realizándose con feliz término, y mostrando una gran bondad, así como facilidad de manejo.

- 
- (1) Sistema operativo compatible con IBM versión 3.3
  - (2) Programa Palabras compatible con IBM versión 3.3
  - (3) Programa Word Star compatible IBM versión 5.0
  - (4) Programa Chi-write compatible con IBM versión 4.0
  - (5) Programa Chart 1 compatible con IBM versión 2.2
  - (6) Programa SPSS/PC COMPATIBLE CON IBM Versión 5.0

## 10 CONFRONTACION DE RESULTADOS

### TABLAS

- 10.1 ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS CALIFICACIONES DEL PERFIL ACADEMICO DE CADA UNA DE LAS UMF.
- 10.2 ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS CALIFICACIONES DEL EXPEDIENTE CLINICO DE CADA UNA DE LAS UMF.
- 10.3 ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS CALIFICACIONES DE LA SATISFACCION DEL USUARIO DE CADA UNA DE LAS UMF.
- 10.4 ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS CALIFICACIONES DE LA SUBDELEGACION TLALNEPANTLA.
- 10.5 FRECUENCIA DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR VARIABLE DE ESTUDIO PARA PERFIL ACADEMICO. (cutting line)
- 10.6 FRECUENCIA DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR VARIABLE DE ESTUDIO PARA EL EXPEDIENTE CLINICO. (cutting line)
- 10.7 FRECUENCIA DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR VARIABLE DE ESTUDIO PARA LA SATISFACCION DEL USUARIO. (cutting line)
- 10.8 ITEMS FINALES DEL PERFIL ACADEMICO.
- 10.9 ITEMS FINALES DEL EXPEDIENTE CLINICO.
- 10.10 ITEMS FINALES DE LA SATISFACCION DEL USUARIO.
- 10.11 CLAVE DE CALIFICACION POR ITEM EN EL PERFIL ACADEMICO.
- 10.12 CLAVE DE CALIFICACIONES POR ITEM EN EL EXPEDIENTE CLINICO.
- 10.13 CLAVE DE CALIFICACIONES POR ITEM PARA LA SATISFACCION DEL USUARIO.
- 10.14 RANGO DE CALIFICACIONES PARA PERFIL ACADEMICO.
- 10.15 RANGO DE CALIFICACIONES DEL EXPEDIENTE CLINICO.
- 10.16 RANGO DE CALIFICACIONES DEL LA SATISFACCION DEL USUARIO.
- 10.17 PORCENTAJE POR DESVIACION STANDAR.
- 10.18 MEDIAS Y CALIFICACIONES DE LAS UMF, MEDIA ESPERADA Y MEDIA OBSERVADA.
- 10.19 COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD : REGRESION LINEAL.
- 10.20 COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD :
  - a). KUNDEK-RICHARDSONO
  - b). SPEARMAN FOR RANGON DE  $S$  A  $K$ .
  - c). KENDALL'S
  - d). LAMBDA.
  - e). UNCERTAINLY COEFFICIENT
  - f). SOMERS'D.
  - g). ETA.
  - h). CORRELACION REAL ENTRE UMF Y GRACA.
- 1021 FRECUENCIA DE LOS PUNTAJES DE LAS UMF DE PA, EC Y SU.
- 1022, 1023 Y 1024 DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS ESPERADAS Y OBSERVADAS ASI COMO ENTRE LAS DIFERENCIAS DE CALIFICACIONES OBSERVADAS Y ESPERADAS EN NUMEROS ABSOLUTOS DE PA, EC Y SU.

TABLA : 10.1

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS CALIFICACIONES  
PARA PERFIL ACADÉMICO

ESTADÍSTICA	UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR									
	52	59	60	62	64	70	95	184	186	188
M	19.222	20.500	23.857	21.143	21.250	19.285	15.700	18.000	21.000	20.500
MD	19.000	22.000	22.000	21.500	20.500	19.000	18.500	17.000	21.000	19.500
MDA	13.000	25.000	18.000	13.000	14.000	20.000	12.000	7.000	16.000	14.000
E. STD	.003	2.306	1.072	1.812	.070	.750	1.800	3.200	1.000	1.500
DV. STD	5.420	5.648	4.912	6.781	5.029	3.400	5.800	8.500	3.900	5.100
VZA	29.378	21.000	24.129	45.978	33.907	11.814	33.789	72.000	15.000	26.100
KTS	-.157	2.709	-.433	-.729	-.818	-.047	-.135	-1.270	-.795	-.608
S. E. K.	1.057	2.060	1.939	1.932	1.057	1.900	1.942	2.000	1.900	1.900
SKEV	.385	-1.603	.057	.260	.317	.083	.722	.103	.477	.540
S. E. S.	.393	.845	.501	.597	.393	.501	.687	.704	.580	.637
RANGO	24.000	15.000	17.000	22.000	21.000	13.000	10.000	22.000	12.000	16.000
MINIMA	8.000	10.000	18.000	12.000	12.000	17.000	8.000	7.000	16.000	14.000
MAXIMA	32.000	25.000	35.000	34.000	39.000	26.000	27.000	29.000	28.000	30.000
SUMA	692.0	123.0	501.0	294.0	765.0	409.0	157.0	116.0	315.0	246.0

TABLA : 10.2

PARA EL EXPEDIENTE CLINICO

ESTADÍSTICA	UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR									
	52	59	60	62	64	70	95	184	186	188
M	37.020	38.042	44.200	42.720	39.000	63.425	12.360	38.702	42.750	40.083
MD	39.000	39.000	45.500	41.000	42.000	44.000	42.000	40.000	43.000	40.500
MDA	40.000	39.000	51.000	43.000	43.000	40.000	40.000	40.000	41.000	40.000
E. STD	1.377	1.511	1.321	1.228	1.303	.080	.719	1.557	1.013	1.849
DE STD.	6.885	7.404	6.474	6.141	6.516	3.021	9.503	7.627	4.943	9.060
VZA	47.041	54.884	41.911	37.710	43.457	15.875	12.907	58.172	24.070	82.000
KTS	.885	-1.046	-1.143	-.016	-.140	-1.405	-.028	.356	.809	-.882
S. E. K.	1.943	1.943	1.943	1.943	1.943	1.943	1.943	1.943	1.943	1.943
SKEV	-1.046	-.001	-.876	-1.019	-.786	.057	.201	-.823	-.494	-.392
S. E. S.	.464	.472	.472	.464	.464	.472	.464	.472	.472	.472
RANGO	26.000	26.000	21.000	21.000	25.000	12.000	12.000	30.000	22.000	32.000
MINIMA	20.000	24.000	33.000	25.000	25.000	38.000	37.000	22.000	30.000	21.000
MAXIMA	46.000	50.000	54.000	46.000	50.000	50.000	40.000	52.000	52.000	59.000
SUMA	948.0	919.0	1061.0	969.0	999.0	1047.0	1050.0	931.0	1076.0	962.0

TABLA : 10.3

PARA LA SATISFACCION DEL USUARIO

ESTADISTICA	UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR									
	52	5P	60	62	64	7P	85	184	186	188
M	58.667	58.709	65.970	56.385	61.300	66.320	63.000	65.202	71.167	59.129
MD	57.000	55.500	67.000	57.000	60.000	69.000	63.000	66.000	72.000	61.000
MDA	47.000	54.000	65.000	45.000	60.000	53.000	53.000	62.000	65.000	67.000
E. STD	1.946	3.001	2.604	3.428	2.039	2.604	2.778	1.873	2.077	1.729
DS. STD	0.386	15.144	12.487	12.359	0.120	13.018	13.889	6.727	10.175	8.780
VZA	90.928	29.346	55.937	52.756	83.168	69.477	92.000	45.259	73.536	65.876
KTS	.000	-1.281	-.672	-1.201	.464	-1.320	-1.002	-.562	-.822	-.045
S. E. K.	1.943	1.943	1.942	1.982	1.986	1.945	1.945	1.943	1.943	1.942
SKEV	.647	.171	-.522	.202	.587	-.229	-.250	-.160	-.398	.667
S. E. S.	.472	.472	.481	.616	.512	.464	.464	.472	.472	.472
RANGO	37.000	49.000	39.000	38.000	36.000	43.000	44.000	25.000	37.000	36.000
MINIMA	45.000	36.000	42.000	40.000	45.000	42.000	39.000	51.000	50.000	47.000
MAXIMA	82.000	85.000	81.000	78.000	81.000	85.000	82.000	76.000	87.000	83.000
SUMA	1408.0	1409.0	1515.0	793.0	1226.0	1658.0	1575.0	1567.0	1708.0	1357.0

TABLA : 10.4

ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS CALIFICACIONES

ESTADISTICA	SUBDELEGACION DE TLANEPANTLA		
	PERFIL ACADEMICO	EXPEDIENTE CLINICO	SATISFACCION DEL USUARIO
M	20.890	40.664	63.022
MD	20.000	42.000	62.000
MDA	19.000	40.000	62.000
E. STD.	.420	.424	.783
DS STD.	5.620	6.704	11.692
VZA	31.597	44.926	41.189
KTS	-.223	.329	-.778
S. K. K.	1.989	1.992	1.992
SKEV	.172	-.601	-.008
S. E. S.	.182	.154	.160
RANGO	28.000	34.000	51.000
MINIMA	7.000	20.000	36.000
MAXIMA	35.000	54.000	87.000
SUMA	8999.000	10166.000	14495.000

TABLA : 10.5

Tabla de frecuencia de las calificaciones obtenidas por variable de estudio tanto del perfil académico, expediente clínico y satisfacción del usuario.

RESULTADOS MAS RELEVANTES ENCONTRADOS  
POR VARIABLE DE ESTUDIO EN EL PERFIL ACADÉMICO\*\*

VARIABLE	INDICADOR	NUMERO	FREC	INDICADOR	NUMERO	FREC	OTROS	NUMERO	FREC
ESCUELA	UNAM	114	68.7	IPN	30	16.8	OTROS	35	19.6
PROMEDIO	80-80	116	67.4	80-80	20	16.9	OTROS	34	19.1
MENCIONES	SI	15	8.4	NO	103	61.7			
TIEM. TIT.	-6MESES	143	82.7	-1AÑO	30	17.7			
TESIS	SI	66	36.9	NO	113	63.1			
TRABAJO	SI	70	44.1	NO	100	55.8			
INTERLAV	SI	22	26.8	NO	60	73.2			
RENDIESC	MEJOR REN	12	21.4	BUEN RE	5	2.8	OTROS	39	21.8
EDUCONTA	MAS 3 CUR	71	39.7	DES-4	24	13.4	1-2CUR	84	46.9
ESPRATE	SI	80	49.7	NO	60	31.3			
ESPRATMS	SI	A	.6	NO	178M	99.1			
EDUCONS	MAS 3 CUR	80	44.7	1-2	14	11.2	OTROS	70	44.2
ESPSDES	SI	20	16.2	NO	100	84.2			
SOCMEDS	SI	35	19.6	NO	144	80.4			
REVMEDS	1-2 REV	48	24.0	2-3 REV	25	11.4	MAS3REV	22	12.2
REVMEDCONS	2 REV	40	23.7	3 REV	42	23.3	OTROS	60	34.9
PROGNSMED	SEMNAL	68	38.0	QUINCENAL	46	23.7	OTROS	65	36.4
BIBLIO	FUERA UMF	68	35.2	DENTRO UMF	69	35.2	OTROS	64	45.7
CURINFAR	1 CURSO	38	21.2	2-3 CUR	14	7.8	OTROS	127	71.0
INVESTIG	1 INVER	27	13.1	2 INVER	9	5.0	OTROS	148	79.9
TRABPUBL	1 INVESFUR	0	5.0	2 INVESFUR	2	1.1	OTROS	108	62.9
CATEDRAT	SI	53	29.6	NO	124	70.4			

\*\*Instituto de la Universidad de México del Perfil Académico

TABLA : 10.6

RESULTADOS MAS RELEVANTES ENCONTRADOS  
POR VARIABLE DE ESTUDIO EN EL EXPEDIENTE CLINICO\*\*

VARIABLE	INDICADOR	NUM.	FREC.	INDICADOR	NUM.	FREC.	INDICADOR	NUM.	FREC.
AHF	ANOT	108	43.2	NOANOT	145	56.8			
APNP	ANOT	106	43.2	NOANOT	145	56.8			
TDCM	ASEG	69	27.2	ESPOSA	142	48.8	OTROS	80	32.0
SEXO	M	68	27.2	F	182	72.8			
IDENTIFU	COMPL	157	62.8	S/COM	86	34.4	OTROS	7	2.8
AP	ANOTADO	108	43.2	NO/ANOT	145	56.8			
AOBS	ANOTADO	71	28.4	NO/ANOT	179	71.6			
PA	SEMICOMPL	188	75.2	COMPLETO	37	14.8	OTROS	25	10.0
SINTGEN	ANOTADOS	218	85.2	NO/ANOT	37	14.8			
TRAT	ANOTADOS	229	9.6	NO/ANOT	21	8.4			
INSPEN	SEMICOMPL	176	70.4	COMPLETO	69	27.6	OTROS	2	1.0
DIAGNOS	SI	236	94.4	NO	14	5.6			
ESTUDLAB	SI	169	67.6	NO	77	30.8			
ESTUDRX	SI	89	35.6	NO	161	63.2			
CFTRAT	SI	212	84.8	NO	34	13.6			
CITAS	SI	177	70.8	NO	73	29.2			
RECREP	SI	95	38.0	NO	155	62.0			
DONDE	2 NIVEL	73	29.2	3 NIVEL	27	10.8			
PACIOX	SI	5	2.0	NO	245	98.0			
INCAPACI	SI	14	5.6	NO	236	94.4			
NOMBDIAG	CORRECTO	203	81.2	NO CORRECTO	42	16.8	OTROS	5	2.0
CSDIAGSI	BIEN	119	47.6	REGULAR	105	42.0	OTROS	26	10.4
CODXINPG	BIEN	182	72.8	REGULAR	88	35.2	OTROS	30	12.0
CODXLAB	BIEN	128	51.2	REGULAR	41	16.4	OTROS	81	32.4
CODXRX	BIEN	46	18.4	REGULAR	27	10.8	OTROS	177	70.8
CFDXRLAB	CONFDX	195	76.0	NO/CONFDX	67	26.8	OTROS	28	11.2

(\*) Culling una del la universidad de Espinal de Nica.

CONTINUA TABLA : 10.6

CONTINUA RESULTADOS DE EXPEDIENTE CLINICO.

CFDXRRX	CONFDX	67	27.6	NO/CONFDX	146	58.8	OTROS	84	18.6
DXCORLABRX	CORRECTO	217	86.8	INCORRECT	24	9.6	OTROS	9	3.6
CORRDXRLABRX	SI	19	7.6	NO	227	90.1	OTROS	4	1.6
RECETA	SI	229	91.6	NO	14	6.0	OTROS	4	1.6
LETRALLO	LEQUILK	106	42.4	POCO/LEO	37	14.8	NO/LEO	107	42.8
TXESHOR	SI	191	76.4	NO	39	23.2			
TXES2	SI	178	71.2	NO	71	28.8			
TNESVAT	SI	79	29.2	NO	177	70.4			
TXESDUR	SI	78	31.2	NO	172	74.4			
FIRMANED	SI	193	77.3	NO	57	24.0			
COTKDX	ACERTADA	201	80.4	NO/ACERTADA	26	10.4			
CORRTX	CORREGIDA	9	3.6	NO/CORREGI	18	7.2			
CRTXCRDX	CORREGIDA	9	3.6	NO/CORREGIDA	12	4.8			
CITAEVOL	SI	207	82.8	NO	49	17.2			
REPAMOTI	DISM/SINT	97	38.8	MISMOS/SINT	91	36.4	OTROS	72	24.8
DOCOMED	CORRECTA	16	6.4	INCORRECTA	8	3.2	OTROS	286	91.4
TRATCONT	CORRECTO	195	34.0	INCORRECTO	64	25.6	OTROS	51	20.4
CFMEJORI	MEJORO	128	49.2	SE COMPLICO	14	5.6	OTROS	118	45.2
CFRECREF	SI	97	39.8	NO	153	67.7			
NIVEL	2DO NIVEL	67	26.8	3ER NIVEL	29	11.6	OTROS	154	61.6

(\*) Cutting uno de la muestra del expediente clínico

TABLA : 10.7

RESULTADOS MAS RELEVANTES ENCONTRADOS  
 POR VARIABLE DE ESTUDIO DE LA SATISFACCION DEL USUARIO \*\*

VARIABLE	INDIC.	NUM.	FREC.	INDIC.	NUM.	FREC.	INDIC.	NUM.	FREC.	INDIC.	NUM.	FREC.
ESCOL	PIC	66	27.3	SEC.	89	10.9	PC	30	10.5	PREPA	34	14.7
TIMSS	ZO	38	10.5	14	20	12.1	2	42	18.2	6	26	11.3
FRCONS	F	114	40.4	R	70	30.3	MF	25	10.0	DF	8	3.5
TTUMF	80	53	23.0	120	53	22.9	60	52	22.5	90	40	21.2
ULTIMAC	1-4SEM	105	45.5	1 SEM.	51	22.1	+4SEM	48	20.8			
SEKO	M	56	24.2	M	174	75.3						
OCUPAC	HOGAR	119	51.5	OBRE	75	32.5	OTROS	41	15.0			
TDCII	TRABAJ	96	41.0	ESPO	134	58.0						
TOSCONS	RAPIDOS	96	42.0	REG.	89	38.5	OTROS	39	15.9			
RECONS	SI	204	80.3	NO	19	5.0						
TRSLD	30	67	20.4	10-20	92	40.3	OTROS	41	17.0			
DISCU	CERCA	148	64.0	REG	63	28.4	OTROS	17	7.3			
COSTCC	BARATO	165	71.4	CARO	59	25.5						
LUMF	ACUERDO	203	87.8	N/ACU	26	11.3						
CONSUL	SUBSEC	161	69.7	PVEZ	69	27.3						
ULCONS	4SEM	105	40.2	1SEM	51	23.4	OTROS	54	27.2			
ESTCS	MIS/ENF	109	50.2	O/ENF	89	38.2	OTROS	24	10.0			
NOMBMD	NO	157	68.0	SI	60	26.0						
TPRMPR	HUYBIEN	51	28.1	BIEN	123	59.9	OTROS	38	16.5			
DOMLAB	EXCEL	59	23.0	BUENO	144	62.8	OTROS	25	11.4			
RESPEO	EXCEL	56	25.9	BUEN	130	58.8	OTROS	35	15.9			
SENTIR	MUY AGUS	24	11.1	AGUS	104	48.1	OTROS	38	30.7			
QUEJAS	SI	57	24.7	NO	178	78.3						
SUGERC	SI	108	46.0	NO	129	52.4						
SALUDO	EXCEL	91	42.3	M/B	49	22.8	REG	42	19.5	MALO	14	6.5
ANABI	EXCEL	103	40.4	M/B	47	21.7	REG	36	15.0	MALO	13	5.0

\*\* Cuming 10% de la muestra de usuarios de vivienda

CONTINUA TABLA : 10.7

CONTINUA RESULTADOS DE SATISFACCION DEL USUARIO.

VESTI	EXCEL	115	54.0	M/B	49	20.2	REGU	40	17.8	MALO	0	3.5
HUMOR	EXCEL	48	46.2	M/B	37	17.5	REGU	48	22.6	MALO	13	6.1
INTERRO	EXCEL	119	50.9	M/B	44	20.6	REGU	31	14.5	MALO	15	7.0
EXCLIN	EXCEL	96	49.7	M/B	34	17.6	REGU	33	17.1	MALO	15	7.8
EXPTX	EXCEL	98	47.8	M/B	40	19.8	REGU	39	16.9	MALO	10	8.7
CONSULT	EXCEL	99	43.7	M/B	38	17.9	REGU	45	21.1	MALO	18	8.5
DESPED	EXCEL	96	44.9	M/B	48	20.8	REGU	41	17.7	MALO	8	3.5
T/ESPER	EXCEL	28	14.1	M/B	23	11.7	REGU	40	20.3	MALO	22	11.2
SILLAS	EXCEL	56	25.9	M/B	44	20.4	REGU	60	27.9	MALO	30	13.9
INF	EXCEL	72	33.6	M/B	47	22.0	REGU	48	22.4	MALO	23	10.7
TRFRMPR	EXCEL	76	35.0	M/B	50	23.0	REGU	45	20.7	MALO	28	12.9
LIMPCONSEXCEL	76	34.7	M/B	51	23.3	REGU	46	21.0	MALO	24	11.0	
LIMBANGEXCEL	62	31.5	M/B	38	19.3	REGU	43	19.3	MALO	18	9.1	
HORCONS	EXCEL	70	39.8	M/B	37	17.9	REGU	51	24.6	MALO	21	10.1
DISSERV	EXCEL	62	30.1	M/B	48	23.3	REGU	50	24.3	MALO	22	10.7
VIGILAC	EXCEL	31	38.4	M/B	50	23.7	REGU	44	20.9	MALO	19	9.0
ORUSERV	EXCEL	43	30.9	M/B	42	20.6	REGU	54	26.5	MALO	26	12.7
ADMSUMF	EXCEL	53	25.5	M/B	40	19.3	REGU	46	22.2	MALO	40	19.3
INFYORI	EXCEL	50	51.3	M/B	36	22.5	REGU	39	24.4	MALO	21	13.1
OTORGIT	EXCEL	57	30.2	M/B	46	24.3	REGU	49	25.4	MALO	20	10.6
DISTCONSEXCEL	78	39.0	M/B	47	23.3	REGU	50	25.0	MALO	14	7.0	
DISTLAB	EXCEL	23	27.4	M/B	13	15.5	REGU	23	27.4	MALO	10	11.9
DISTRX	EXCEL	13	22.4	M/B	11	19.0	REGU	14	24.1	MALO	8	13.8
DISTFARMEXCEL	68	37.8	M/B	46	25.6	REGU	37	20.6	MALO	11	6.1	
DISTARCHEXCEL	62	37.8	M/B	30	13.3	REGU	34	20.7	MALO	18	11.0	

121 Citing line de la encuesta de satisfacción del usuario

TABLA : 10.0

ITEMS FINALES

CRITERIOS PARA EVALUAR  
LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA  
DEL PERFIL ACADEMICO

ITEM	CRITERIO	VARIABLE	PONDERACION
1	PROMEDIO DE CALIFICACION	PROMEDIO	5
2	MENCION HONORIFICA	MENCION	1
3	TIEMPO DE TITULACION	TTTSSTE	1
4	TESIS	TESIS	1
5	TRABAJO DURANTE SUS ESTUDIOS	TRABAJO	1
6	AREA DONDE TRABAJO	AREA	1
7	INTERFERENCIA LABORAL	INTERLAB	1
8	RENDIMIENTO ESCOLAR	RENDEISC	2
9	EDUCACION CONTINUA ANTES	EDUCONTA	3
10	ESTUDIOS DE POSGRADOS DE ESPECIALIDAD ANTES DE INGRESAR AL IMSS	CRPSATES	1
11	ESTUDIOS DE POSGRADO DE MAESTRIA ANTES DE INGRESAR AL IMSS	CRPSATMS	1
12	EDUCACION CONTINUA DESPUES	EDUCONDS	3
13	ESTUDIOS DE POSGRADO DE ESPECIALIDAD DESPUES DE INGRESAR AL IMSS	ESPSDSES	1
14	ESTUDIOS DE POSGRADO DE MAESTRIA DESPUES DE INGRESAR AL IMSS	ESPSDSMS	1
15	REVISTAS MEDICAS A LAS QUE ESTA INSCRITO	REVSMEDS	3
16	CONSULTA DE REVISTAS MEDICAS QUE HACE	CSRSMEDS	3
17	PERIODICIDAD DE LECTURA DE REVISTAS MEDICAS QUE HACE	PERLELRM	1
18	CURSOS ACADEMICOS QUE IMPARTE O IMPARTIO	CURIMPAP	3
19	INVESTIGACIONES QUE HA REALIZADO	INVESTIG	3
20	TRABAJOS CIENTIFICOS PUBLICADOS	TRABPUBL	3
21	FUE O ES CATEDRATICO	CATEDRAT	3
<b>TOTAL DE PUNTAJE</b>			<b>49</b>

TABLA : 10.9

## ITEMS FINALES

CRITERIOS PARA EVALUAR  
LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA  
EXPEDIENTE CLINICO

ITEM	CRITERIO	VARIABLE	PONDERACION
1	IDENTIFICACION DEL USUARIO	IDENTIFU	3
2	ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	AHF	1
3	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	ANP	1
4	ANTECEDENTES PATOLOGICOS	AP	1
5	ANTECEDENTES OBSTETRICOS	AOBS	1
6	PADECIMIENTO ACTUAL	PA	3
7	SINTOMAS GENERALES	SINTOMGS	1
8	TRATAMIENTO	TRAT	1
9	INSPECCION GENERAL	INSPEGEN	3
10	DIAGNOSTICO CORRECTO	DIAGNOST	1
11	ESTUDIOS DE LABORATORIO	ESTUDLAB	1
12	ESTUDIOS DE RADIODIAGNOSTICO	ESTUDRX	1
13	TRATAMIENTO CONFIRMADO	TRATCONF	1
14	CITAS	CITAS	1
15	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	REFREF	1
16	PACIENTE QUIRURGICO	PACIENTGX	1
17	INCAPACIDADES	INCAPACI	1
18	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO CIENTIFICO EN FORMA CORRECTA	NOMBDIAG	1
19	CONGRUENCIA DE DIAGNOSTICO CON SINTOMAS	CODIAGSI	3
20	CONGRUENCIA DE DIAGNOSTICO CON INSPECCION GENERAL	CODXSG	3
21	CONGRUENCIA DE DIAGNOSTICO CON SOLICITUDES DE LABORATORIO	CODXLAB	3
22	CONGRUENCIA DE DIAGNOSTICO CON SOLICITUDES DE RADIODIAGNOSTICO	CODIARX	3
23	CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO CON RESULTADOS DE LABORATORIO	CFDXRLAB	1
24	CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO CON RESULTADOS DE RADIODIAGNOSTICO	CFDXRRX	1
25	USO DE RECETA	RECETA	1
26	CAMBIO DE DIAGNOSTICO EN RELACION CON RESULTADOS DE LAB Y RX POSTERIORES	CIDXRLRX	1
27	USO DE PAPELERIA CORRECTAMENTE	DOCDFLRX	1
28	LETRA LEGIBLE EN NOTAS MEDICAS	LETRALEG	1
29	EL TRATAMIENTO ESPECIFICO HORARIO	TRAESHOR	1
30	EL TRATAMIENTO ESPECIFICO DOSIS	TRAESDOS	1
31	EL TRATAMIENTO ESPECIFICO VIA DE ADMINISTRACION	TRAESVAD	1
32	EL TRATAMIENTO ESPECIFICO DURACION	TRAESDUR	1

CONTINUA TABLA : 10. P

33	FIRMA DEL MEDICO EN LA NOTA MEDICA	FIRMAMED	1
34	CONGRUENCIA DEL TRATAMIENTO CON EL DIAGNOSTICO	COTRATDX	1
35	CORRECCION DEL TRATAMIENTO EN CASO DE ERROR CON LA NO CONGRUENCIA ANTERIOR	COTXCORR	1
36	FUE CITADO PARA EVALUAR LA EVOLUCION	CITAEVOL	1
37	REGRESO EL PACIENTE Y CUAL FUE EL MOTIVO	REPAMOTI	1
38	USO EL MEDICAMENTO EL PACIENTE SEGUN INDICACION MEDICA	USOMED	1
39	QUE TRATAMIENTO CONTINUO POSTERIORMENTE A SU CITA DE EVOLUCION	TRATEVOL	1
40	CONFIRMACION DE LA MEJORIA QUE REFIERE EL PACIENTE Y/O BIEN QUE EL MEDICO DETERMINA	CFMEJORI	4
41	CONFIRMACION DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SU HOSPITAL GENERAL DE ZONA QUE LE CORRESPONDE, CON NOTA DE ENVIO A SU UMF.	CFRECREP	1
<b>TOTAL DE PUNTAJE</b>			<b>59</b>

TABLA : 10.10

ITEMS FINALES

CRITERIOS PARA EVALUAR  
LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA DE LA  
SATISFACCION DEL USUARIO

ITEM	CRITERIO	VARIABLE	PONDERACION
1	DISTANCIA DE SU CASA A SU CLINICA	TRRASL	1
2	CUAL ES EL COSTO DE CASA A LA CLINICA	COSTCC	1
3	LOCALIZACION DE SU UMF	LUMF	1
4	HORARIO DE CONSULTA	HCONS	1
5	TRAMITES PARA OBTENER LA CONSULTA	TRAOBTC	1
6	RECIBIO LA CONSULTA	RECIBIOC	1
7	FACILIDAD PARA RECIBIR LA CONSULTA	FAREGONS	1
8	NOMBRE DE SU MEDICO	NOMBMED	1
9	COMO LE SALUDO SU MEDICO	SALUDO	5 = 3
10	COMO FUE LA AMABILIDAD DE SU MEDICO	AMABILID	5 = 3
11	COMO CALIFICA SU FORMA DE SER DE VESTIR DE SU MEDICO	VESTIDO	5 = 3
12	COMO CALIFICA SU HUMOR DE SU MEDICO	HUMOR	5 = 3
13	COMO CALIFICA EL INTERROGATORIO QUE LE REALIZA SU MEDICO	INTERROO	5 = 3
14	COMO CALIFICA LA FORMA DE COMO LE REALIZO EL EXAMEN CLINICO SU MEDICO	EXAMCLIN	5 = 3
15	COMO CALIFICA LA EXPLICACION QUE LE DIO SU MEDICO HACERCA DEL TRATAMIENTO QUE LE INDICO	EXPLTRAT	5 = 3
16	COMO CALIFICA EL TIEMPO QUE LE DEDICO SU MEDICO EN RELACION A LA CONSULTA OTORGADA	TIEMPCONS	5 = 3
17	COMO CALIFICA A SU MEDICO EN RELACION DE COMO LO DESPIDE AL SALIR DE LA CONSULTA	DESPEDID	5 = 3
18	LAS SILLAS EN DONDE ESPERA LA CONSULTA SON, O ESTAN	SILLAS	5 = 3
19	INFORMACION Y ORIENTACION ES SUFICIENTE	INF	5 = 3
20	EL TRATO DEL PERSONAL DE LA UMF COMO LO CALIFICARIA EN GENERAL	TRATOPER	5 = 3
21	COMO CALIFICARIA LA LIMPIEZA DELA SALA DE ESPERA Y/O CONSULTORIO	LIMPCONS	5 = 3
22	COMO CALIFICARIA LA LIMPIEZA DE LOS BAÑOS	LIMBANO	5 = 3
23	COMO CALIFICA EL HORARIO DE ESPERA PARA RECIBIR LA CONSULTA	HORARIO	5 = 3
24	DISTRIBUCION DE LOS SERVICIOS DE LA CLINICA	DISTRERV	5 = 2

CONTINUA TABLA : 10.10

ITEMS FINALES

25	COMO CALIFICA A LA VIGILANCIA DE SU CLINICA	VIGILANC	5 = 9
26	COMO CALIFICA LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SU CLINICA	OROSERVS	5 = 9
27	COMO CALIFICA EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO	PRMEDPAM	1
28	DOMINIO LABORAL	DOMILAB	1
29	COMO CALIFICA EL RESPETO MOSTRADO DE TODO EL PERSONAL HACIA EL USUARIO	RESPETO	1
30	COMO SE SINTIO EL USUARIO DENTRO DE LA UMF DURANTE EL TIEMPO QUE ESPERO LA CONSULTA	SENTIR	1
31	INFORMES Y ORIENTACION LA TIENE EL USUARIO CUANDO LA NECESITA	INFORMES	5 = 9
32	FACILIDAD PARA OBTENER LA CITA SOLICITADA EN EL CONTROL	CITAS	5 = 9
33	COMO CALIFICA LA DISTRIBUCION Y ORGANIZACION DE SU CONSULTORIO	CONSULT	5 = 9
34	COMO CALIFICA LA DISTRIBUCION Y ORGANIZACION DEL LABORATORIO	LAB	5 = 9
35	COMO CALIFICA LA DISTRIBUCION Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO	RX	5 = 9
36	COMO CALIFICA LA DISTRIBUCION Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA	FARMACIA	5 = 9
37	COMO CALIFICA LA DISTRIBUCION Y ORGANIZACION DEL SERVICIO DE ARCHIVO	ARCHIVO	5 = 9

TOTAL DE PUNTAJE 97

TABLA : 10.11

CLAVE DE CALIFICACION POR ITEM

PARA EL PERFIL ACADEMICO

PUNTAJE	CALIFICACION	PUNTAJE	CALIFICACION	
1	=	2.9	=	48.8
2	=	4.6	=	55.1
3	=	6.0	=	58.4
4	=	8.3	=	58.8
5	=	11.0	=	58.1
6	=	13.0	=	60.4
7	=	16.2	=	62.7
8	=	18.6	=	65.1
9	=	20.0	=	67.4
10	=	23.6	=	66.7
11	=	25.5	=	72.0
12	=	27.0	=	74.4
13	=	30.2	=	76.7
14	=	32.5	=	79.0
15	=	34.8	=	81.3
16	=	37.2	=	83.7
17	=	39.5	=	86.0
18	=	41.9	=	88.3
19	=	44.1	=	90.6
20	=	46.5	=	93.0
		40	=	95.3
		42	=	97.6
		48	=	100.0

TABLA : 10.12

CLAVE DE CALIFICACIONES POR ITEM

PARA EL EXPEDIENTE CLINICO

PUNTUACION		CALIFICACION	PUNTUACION		CALIFICACION
1	=	1.5	30	=	50.0
2	=	3.3	31	=	52.8
3	=	5.0	32	=	54.2
4	=	6.7	33	=	55.9
5	=	8.4	34	=	57.6
6	=	10.1	35	=	59.3
7	=	11.8	36	=	61.0
8	=	13.5	37	=	62.7
9	=	15.2	38	=	64.4
10	=	16.9	39	=	66.1
11	=	18.6	40	=	67.7
12	=	20.3	41	=	69.4
13	=	22.0	42	=	71.1
14	=	23.7	43	=	72.8
15	=	25.4	44	=	74.5
16	=	27.1	45	=	76.2
17	=	28.8	46	=	77.9
18	=	30.5	47	=	79.6
19	=	32.2	48	=	81.3
20	=	33.9	49	=	84.7
21	=	37.7	50	=	86.4
22	=	37.2	51	=	88.1
23	=	38.5	52	=	89.9
24	=	40.6	53	=	90.9
25	=	42.9	54	=	91.5
26	=	44.0	55	=	93.2
27	=	45.7	56	=	94.9
28	=	47.4	57	=	96.6
29	=	49.1	58	=	98.3
			59	=	100.0

TABLA : 10.13

CLAVE DE CALIFICACIONES POR ITEM  
PARA LA SATISFACCION DEL USUARIO

PUNTUACION		CALIFICACION	PUNTUACION		CALIFICACION
1	=	1.1	45	=	51.7
2	=	2.2	46	=	52.8
3	=	3.4	47	=	54.0
4	=	4.5	48	=	55.1
5	=	5.7	49	=	56.2
6	=	6.9	50	=	57.5
7	=	8.0	51	=	58.6
8	=	9.2	52	=	59.8
9	=	10.4	53	=	60.1
10	=	11.4	54	=	62.0
11	=	12.7	55	=	62.2
12	=	13.9	56	=	64.4
13	=	14.9	57	=	65.5
14	=	16.0	58	=	66.6
15	=	17.2	59	=	67.8
16	=	18.4	60	=	69.9
17	=	19.5	61	=	69.5
18	=	22.9	62	=	71.2
19	=	21.8	63	=	72.4
20	=	22.9	64	=	73.5
21	=	24.1	65	=	74.7
22	=	25.3	66	=	75.9
23	=	26.5	67	=	77.0
24	=	27.6	68	=	78.2
25	=	28.8	69	=	79.3
26	=	29.9	70	=	80.5
27	=	31.0	71	=	81.6
28	=	32.2	72	=	82.8
29	=	33.3	73	=	82.8
30	=	34.5	74	=	83.9
31	=	35.6	75	=	85.0
32	=	36.7	76	=	86.2
33	=	37.9	77	=	87.4
34	=	39.0	78	=	88.5
35	=	40.4	79	=	89.7
36	=	41.4	80	=	90.8
37	=	42.5	81	=	91.9
38	=	43.6	82	=	93.1
39	=	44.8	83	=	94.3
40	=	45.9	84	=	95.4
41	=	46.9	85	=	96.5
42	=	48.0	86	=	97.7
43	=	49.4	87	=	98.9
44	=	50.6		=	100.0

TABLA : 10.14

RANGO DE CALIFICACIONES

PARA PERFIL ACADÉMICO

PUNTAJE	CALIFICACION	DESV. STD.	ESCALA DE CALIDAD
01.0 - 12.8	001.0 - 027.0	-40, -30 Y -20	PESSIMA CALIDAD
12.4 - 22.0	028.0 - 051.1	-10	MALA CALIDAD
22.1 - 30.0	051.2 - 072.0	+10	BUENA CALIDAD
31.0 - 35.0	072.1 - 081.8	+20	MUY BUENA CALIDAD
35.0 - 48.0	081.4 - 100.0	+30 Y +40	EXCELENTE CALIDAD

TABLA : 10.15

PARA EL EXPEDIENTE CLINICO

PUNTAJE	CALIFICACION	DESV. STAND.	ESCALA DE CALIDAD
01.0 - 10.4	001.0 - 026.0	-40, -30 Y -20	PESSIMA CALIDAD
10.5 - 20.0	028.1 - 050.8	-10	MALA CALIDAD
20.1 - 42.0	050.9 - 072.0	+10	BUENA CALIDAD
42.7 - 48.8	072.1 - 081.5	+20	MUY BUENA CALIDAD
48.4 - 50.0	081.0 - 100.0	+30 Y +40	EXCELENTE CALIDAD

TABLA 10.16

PARA LA SATISFACCION DEL USUARIO

PUNTAJE	CALIFICACION	DESV. STAND.	ESCALA DE CALIDAD
01.0 - 25.1	001.0 - 022.0	40, -30 Y -20	PESSIMA CALIDAD
25.2 - 44.0	022.1 - 050.0	-10	MALA CALIDAD
44.1 - 61.0	050.7 - 069.0	+10	BUENA CALIDAD
61.0 - 70.8	069.7 - 081.0	+20	MUY BUENA CALIDAD
70.4 - 87.0	081.1 - 100.0	+30 Y +40	EXCELENTE CALIDAD

TABLA : 10.17

PORCENTAJE POR DESV. STAND.

DESV. STAND.	PERFIL ACADEMICO	EXPEDIENTE CLINICO	SATISFACCION USUARIO
110 (34.15%)	8.14	11.58	17.9
120 (19.59%)	4.19	5.09	8.5
130 (2.15%)	7.49	10.10	15.4
140 (0.18%)	0.52	0.74	1.2

TABLA : 10.18

MEDIAS Y CALIFICACIONES DE LAS UMF. MEDIA ESPERADA Y MEDIA OBSERVADA<sup>(\*)</sup>

No.	UMF	PERFIL ACADEMICO	EXPEDIENTE CLINICO	SATISFACCION DEL USUARIO		
X	Z	Y	Z	Y		
1	002	20.0	47.0	38.0	59.0	67.0
2	009	21.0	49.0	39.0	60.0	69.0
3	000	24.0	56.0	45.0	72.0	76.0
4	002	22.0	51.0	39.0	66.0	69.0
5	004	22.0	51.0	43.0	78.0	71.0
6	079	20.0	47.0	44.0	79.0	76.0
7	009	16.0	37.0	43.0	73.0	73.0
8	184	18.0	42.0	39.0	66.0	75.0
9	186	21.0	49.0	41.0	70.0	82.0
10	188	21.0	49.0	40.0	68.0	68.0
	X <sub>e</sub>	22.0	51.1	39.0	59.8	69.5
	X <sub>o</sub>	20.5	48.0	41.0	70.0	78.0

(\*) APROXIMACION DE FRACCIONES A ENTEROS.

TABLA : 10.19

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD: REGRESION LINEAL

$$Y_e = a + bx$$

$$Y = b_0 + b_1X + e$$

RECTA DE PREDICCIÓN POR MÍNIMOS CUADRADOS :					
	n	b <sub>1</sub>	b <sub>0</sub>	e = y - y <sub>e</sub>	
PERFIL ACADEMICO	179	0.503	- 51.0	37 - 51.0	= -14.0
EXPEDIENTE CLINICO	250	0.731	- 68.0	65 - 68.0	= -3.0
SATISFACCION DEL USUARIO	220	0.260	- 60.0	63 - 60.0	= -3.0

TABLA : 10.20

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD

	PA (UMF GRACA)	EX	SA
KUNDER-RICHARDSON 20	A = .678 B = .226	A = .575 B = .747	A = .786 B = .436
SPEARMEN FOR RANGOS X	A = .876 B = .603	A = .375 B = .938	A = .694 B = .831
KENDALL'S	A = .408 B = .947	A = .871 B = .896	A = .901 C = .968
LAMBDA	.429	.525	.614
UNCERTAINLY COEFFICIENT	.558	.862	.879
SOMERS'D	.863	.862	.928
ETA	.621	.871	.885
CORRELACION REAL	.374	.582	.620
SIGNIFICANCIA	.01 A .001	.01 A .001	.01 A .001

TABLA : 1021

FRECUENCIA DE LOS PUNTAJES DE:

PERFIL ACADÉMICO		EXPEDIENTE CLÍNICO		SATISFACCIÓN DEL USUARIO	
PUNTAJE	FRECUENCIA	PUNTAJE	FRECUENCIA	PUNTAJE	FRECUENCIA
7	1	20	1	36	1
8	3	21	1	38	2
9	1	22	1	40	4
10	1	23	1	42	7
11	1	24	3	43	6
12	4	25	2	47	7
13	10	26	1	50	8
14	11	27	3	51	9
15	2	28	1	53	10
16	5	29	2	54	13
17	13	30	8	57	15
18	16	31	3	60	17
19	18	32	5	62	20
20	15	33	6	63	18
21	10	34	2	67	16
22	10	35	8	68	13
23	6	36	10	72	10
24	12	37	9	74	9
25	7	38	11	76	8
26	4	39	11	78	9
27	7	40	23	80	8
28	6	41	11	81	6
29	5	42	17	82	7
30	4	43	16	83	4
31	2	44	20	85	2
32	2	45	15	87	1
33	1	46	17		
34	1	47	9		
35	1	48	6		
		49	7		
		50	8		
		51	6		
		52	4		
		53	1		
		54	1		
<b>TOTAL 170</b>		<b>TOTAL 230</b>		<b>TOTAL 250</b>	

TABLA: 1022

DIFERENCIA DE LAS MEDIAS Y CALIFICACIONES ESPERADA Y OBSERVADA DE LAS UMF

PERFIL ACADÉMICO. Donde tenemos:

$n = 179$ . MEDIA = 22. MEDIO = 20.5 CALIFICACION = 51.1 CALIFICACION = 48

MEDIA	CALIFICACION	MEDIA	UMF	CALIFICACION	CALIFICACION	MEDIA
- 2	- 4.1	20	052	47	- 1.0	- 0.5
- 1	- 2.1	21	059	49	+ 1.0	+ 0.5
+ 2	+ 3.1	24	060	56	+ 7.0	+ 3.5
0	0.0	22	062	51	+ 2.1	+ 1.5
0	0.0	22	064	51	+ 2.1	+ 1.5
- 2	- 3.1	20	079	47	- 1.0	- 0.5
+ 6	+14.1	16	095	37	-11.0	- 3.5
+ 4	- 9.1	18	184	42	- 6.0	- 1.5
+ 1	- 2.1	21	186	49	+ 1.0	+ 0.5
+ 1	- 2.1	21	188	49	+ 1.0	+ 0.5

TABLA : 1023

EXPEDIENTE CLÍNICO. Donde tenemos :

$n = 230$ . MEDIO = 41. CALIFICACION = 70. MEDIA = 80. CALIFICACION = 50.8.

MEDIA	CALIFICACION	MEDIA	UMF	CALIFICACION	CALIFICACION	MEDIA
+ 8	+ 14.2	38	092	63	+ 14.2	- 3
+ 9	+ 15.2	39	059	65	+ 15.2	- 4
+13	+ 22.2	45	060	88	+ 22.2	+ 8
+ 9	+ 19.1	39	062	62	+ 15.2	- 4
+13	+ 22.2	43	064	72	+ 22.2	+ 3
+14	- 14.2	44	079	75	+ 24.2	+ 5
+13	+ 12.2	43	095	74	+ 22.2	+ 3
+ 9	- 15.2	39	184	66	+ 15.2	- 4
+11	- 9.2	41	186	71	+ 19.2	0
+10	-17.2	40	188	68	+ 17.2	- 2

TABLA: 1024

SATISFACCION DEL USUARIO. Donde tenemos:

$N= 250$ .  $MEDIA_0= 63$   $CALIFICACION_0= 78$ .  $MEDIA_1= 44$ .  $CALIFICACION_1= 50.5$ .

MEDIA <sub>0</sub>	CALIFICACION <sub>0</sub>	MEDIA	UMF	CALIFICACION	MEDIA <sub>1</sub>	CALIFICACION <sub>1</sub>
- 4	- 6	59	052	67	+ 15	+ 16.5
- 3	- 4	60	059	69	+ 16	+ 18.5
- 3	+ 3	66	060	76	+ 22	+ 15.5
+ 6	- 0	57	062	65	+ 13	+ 14.5
- 6	- 2	62	064	71	+ 10	+ 10.5
- 1	+ 8	67	079	76	+ 23	+ 15.5
+ 4	0	63	083	79	+ 19	+ 12.5
0	+ 2	65	184	75	+ 22	+ 14.5
+ 2	+ 9	71	185	82	+ 27	+ 21.5
+ 8	- 5	59	188	68	+ 15	+ 17.5

## 10.1 REPRESENTACION GRAFICA DE DATOS.

Uno de los métodos más efectivos es el diseño de gráficas, resultado posiblemente más explicativo que una docena de tablas o párrafos. A veces se dice que los hechos hablan por sí solos, pero en realidad, en estadística no son explícitos, ni tampoco las tablas, por lo general y solamente las gráficas ofrecen claramente el mensaje. Por lo que las gráficas y los cuadros son más concretos.

Es por ello que la descripción de Spear (1952) de la función de los gráficos constituye una conclusión adecuada para este capítulo:

Se aprecia de modo más claro su utilidad de tener en cuenta las siguientes finalidades.

1. Mayor comprensión de los datos que con el mero material textual.
2. Análisis más profundo del tema que el texto escrito.
3. Comprobación de precisión.

Este triple propósito del cuadro puede llevarse a cabo con los seis pasos que siguen ya que son fundamentales para el desarrollo de la representación gráfica que describe datos estadísticos con claridad y patente relieve.

- a). Determinar el mensaje significativo a partir de los datos.
- b). Familiarizarse con todo tipo de cuadros y seleccionarlos correctamente.
- c). Ponerse al nivel del auditorio; conocer y emplear todas las ayudas visuales apropiadas.
- d). Dar instrucciones detallada e inteligible a la sección de dibujo.
- e). Conocer el equipo y la habilidad de la sección de dibujo.
- f). Reconocer los resultados efectivos."

---

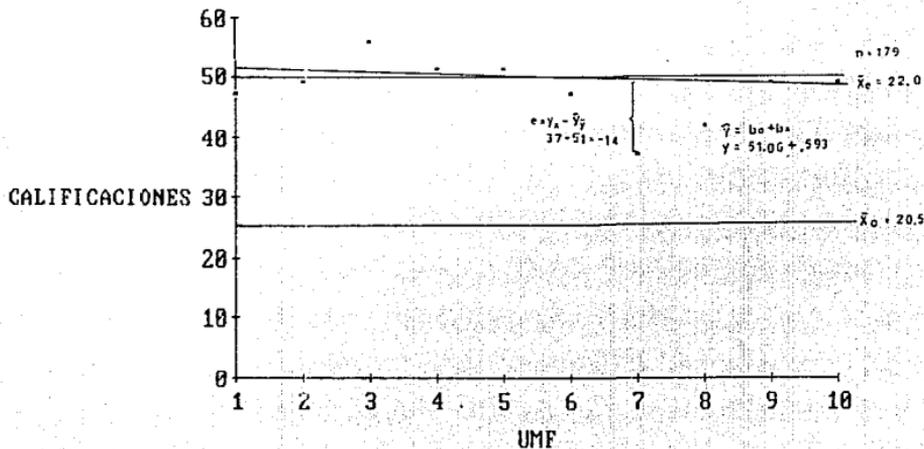
(2) De Mary E. Spear, "Charting Statistics", Nueva York, Mc Gray Hill, 1952, p.p. 3-4.



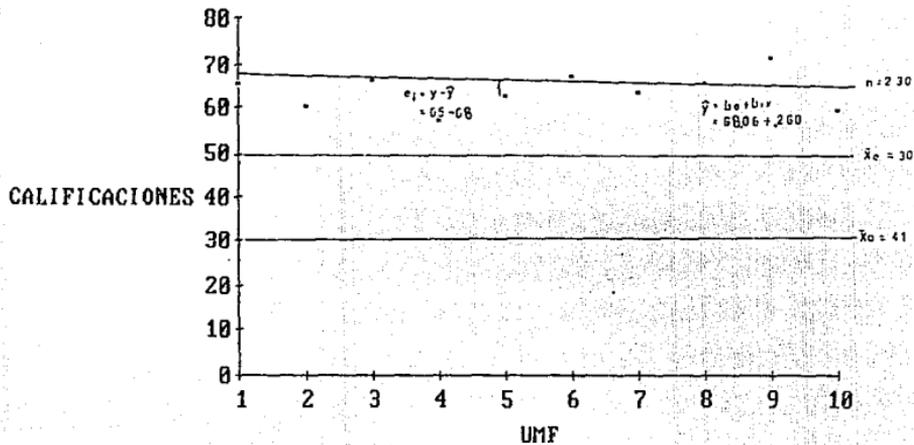




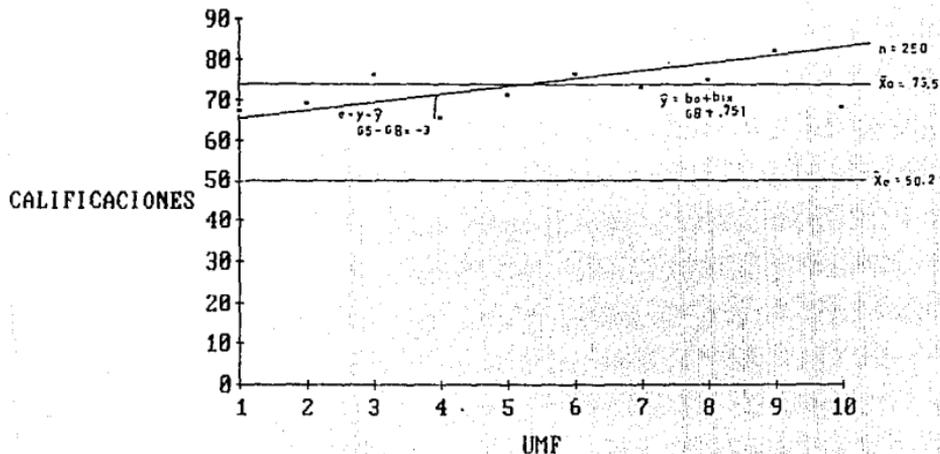
MEDIAS, CALIFICACIONES CON SU REGRESION  
LINEAL EN LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA  
DEL PERFIL ACADEMICO DE LAS UMF.



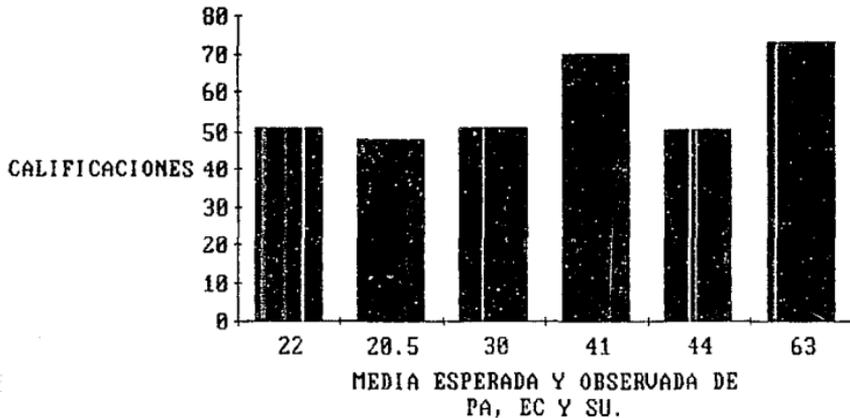
MEDIAS, CALIFICACIONES CON SU REGRESION  
LINEAL EN LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA  
DEL EXPEDIENTE CLINICO DE LAS UMF.



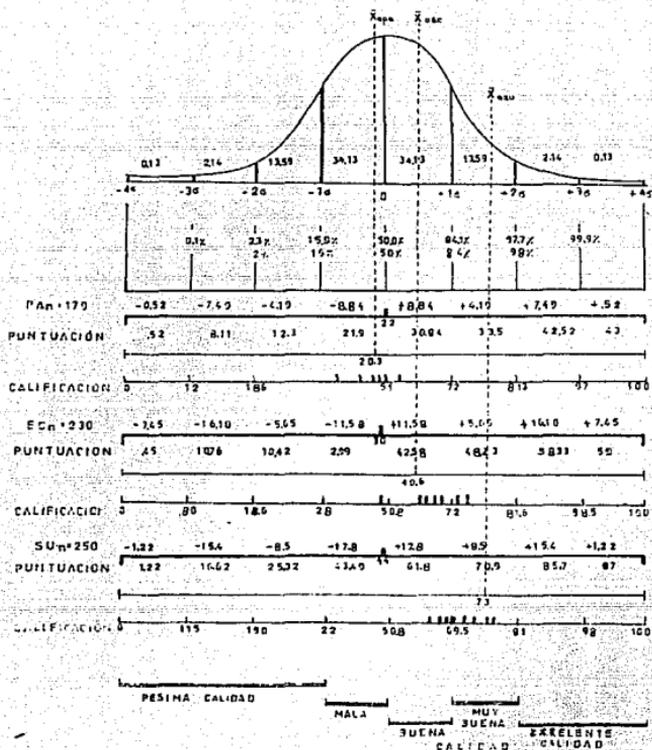
MEDIAS, CALIFICACIONES CON SU REGRESION  
LINEAL EN LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA  
DE LA SATISFACCION DEL USUARIO DE LAS UMF.



MEDIAS Y CALIFICACIONES EN LA CALIDAD DE  
LA ATENCION MEDICA DE LAS UMF DEL PERFIL  
ACADEMICO, EXPEDIENTE CLINICO Y  
SATISFACCION DEL USUARIO.



Gráfica: No 8



DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LOS ELEMENTOS

## 11. ANALISIS ESTADISTICO

- I. La tabla 10.20, muestra la correlación de las variables, en diversas pruebas con los que se midió la confiabilidad y validez de los instrumentos que se utilizaron para la investigación, mostrando para perfil académico la prueba de Kuder-Richardson en su grupo A=.673 de confiabilidad y para el grupo B=.226, para el expediente clínico para el grupo A=.575 y para el B=.747 y para la satisfacción del usuario para el grupo A=.786 y para el grupo B =.436, otra prueba que dió margen para la confiabilidad y validez es la Kendall's que es específica para variables sobre todo de tipo nominal y ordinal tomadas al azar, para el expediente clínico en su grupo A = .408, para el grupo B = .947, para el expediente clínico A=.871, y para el grupo B=.896, y para el expediente clínico tenemos en el grupo A=.901 y para el grupo B = .968, así como tenemos la prueba de Spearman entre rangos de variables de mayor a menor siendo más específica para variables de tipo dicotómicas y ordinales así como ordinales, aunque es menos específica que las anteriores, sin embargo se puede observar, los valores obtenidos por ésta en un alto margen de confianza y validez, entre otras que se reportan en el cuadro.

11. En la tabla 10.19 tenemos los resultados de la regresión lineal de los tres instrumentos que fueron utilizados en la investigación obteniéndose para el perfil académico, tiene una relación de significancia de  $-14.0$  error típico de estimación (e) no es sino una de las diversas posibilidades para medir la exactitud de la estimación de Y a partir de X por lo que esta medida nos indica los límites dentro de los cuales se hallará, con máxima probabilidad la puntuación real de un individuo, ya que los puntuaciones que se obtuvieron para X y Y son altas teniendo una relación de modo directo (esto quiere decir que las puntuaciones altas están apareadas con las altas y las bajas con las bajas). Y que para este grupo de individuos la predicción se escogieron de una distribución normal bivariada aproximadamente en 68% de puntuaciones reales que se hallan dentro de los límites de un  $s_e$  a partir de su puntuación estimada en Y.

Sin embargo para el expediente clínico, se obtuvo un error típico de estimación de  $-3.0$ , siendo interpretada como una puntuación estimada por la recta de regresión y que es realmente superior a la verdadera Y, donde X y Y muestran entre sí una relación inversa (es decir, una puntuación alta en X, apareada con una baja en Y o viceversa), siendo su puntuación negativa. Es decir la muestra se escogió en la distribución aproximadamente bivariada, y que el grupo de individuos al cual se aplicó la ecuación de predicción se encuentra aproximadamente en un 95% y obtendrá puntuaciones reales que se hallan dentro de  $s_e$  a partir de su puntuación estimada.

En relación a la satisfacción del usuario, se obtuvo un error típico de estimación de  $\pm 3.0$ , teniendo la misma interpretación de la recta de regresión lineal que para el expediente clínico, a excepción que en este caso la selección de la muestra que se escogió para esa población dentro de una distribución aproximadamente normal bivariada se encuentra aproximadamente en 99.7 % obtendrá puntuaciones reales que se hallen dentro de los límites de tres  $\sigma$  a partir de su puntuación estimada en  $Y$ .

- III. Cada pregunta fue analizada creando una matriz de selección, presentando el porcentaje de cada dominio de la muestra cargada que seleccionaba cada pregunta. Mostrando para cada respuesta analizada en forma vertical y horizontal, en cada uno de los instrumentos de medición aplicados, como se muestra en las tablas 10.4, 10.5, 10.6, tanto para el perfil académico, expediente clínico, y satisfacción del usuario. Usando como ejemplo de cada uno de ellos en la forma siguiente:

PA.-PAONESMED, el análisis vertical fué de 74.5 % en relación a la respuesta que es "semanal", esto es análogo al índice de aplicabilidad de Berkshire (SPSM), indicando que el análisis horizontal indica baja significativamente bajan los porcentajes de las otras muestras seleccionadas para la respuesta seleccionada mostraba al menos 36.4 % del índice de aplicabilidad (vertical), y una fuerte discriminación entre las muestras de dominio.

EC.-NOMDIAO, el análisis vertical fué de 81.2 % en relación a la respuesta que es "correcto", en relación al análisis horizontal que mostró 18.8 % del índice de aplicabilidad y una fuerza de discriminación horizontal entre las muestras de dominio.

SU.-FARECONS, el análisis vertical fué de 49.4 % en relación a la respuesta que es "regular", en relación al análisis horizontal que mostró 53.8% del índice de aplicabilidad y una fuerza de discriminación horizontal entre las muestras de dominio.

IV. Las tablas 10.8, 10.9 y 10.10, muestran la lista de las preguntas de los ítems finales, para cada instrumento de medición final utilizada, siendo para :

PA. - veintuna preguntas, con un total de 48 de puntaje de calidad, utilizando ponderaciones entre 1 y 3 para cada variable, así como con respuestas de tipo dicotómico y nominal, calificadas con una única respuesta.

EC. - cuarenta y un preguntas, con un total de 50 de puntaje de calidad, utilizando ponderaciones de 1 y 3 para cada variable, así como con respuestas de tipo dicotómico y nominal, calificadas con una única respuesta.

SU. - treinta y siete preguntas, con un total de 87 de puntaje de calidad, utilizando ponderaciones de 1 y 3 para cada variable, así como con respuestas de tipo dicotómico y nominal, calificadas con una única respuesta.

Un análisis posterior indica que únicamente que las calificaciones ligeramente correlacionadas a estudio se puede decir que tiene un peso de ser variables suficientes y mutuamente excluyentes, para la muestra poblacional de cada población elegida (PA=170, EC=250 Y SU 290).

V. Las tablas 10.11, 10.12, 10.13 muestran las calificaciones por ítems obtenidos por encuestas tanto del perfil académico, expediente clínico expediente clínico, en relación al puntaje total de cada uno de ellos, y con cada una de ellas se maneja para conocer la calificación que se obtuvo para esta investigación. Además que son las propuestas para futuras investigaciones por supuesto de acuerdo a las variables con sus respectivos indicadores y sus valores de cada uno de ellos. Considerando que quedan a juicio del lector.

- VI. Las tablas 10.14, 10.15, 10.16 y 10.17, muestran los rangos de calificaciones determinados de acuerdo a las DESV. STD., dentro de una distribución bivariada normal determinando que de  $-4$ ,  $-3$  y  $-2$   $\sigma$  tienen *pésima calidad de la atención médica*, de  $-1$   $\sigma$  tienen *mala calidad de la atención médica*, de  $+1$   $\sigma$  tienen *buena calidad de la atención médica*,  $+2$   $\sigma$  tienen *muy buena calidad de la atención médica* y por último  $+3$  y  $+4$   $\sigma$  tienen una excelente calidad de la atención médica. *Parámetros establecidos en relación a la media y con sus desviaciones estándares encontradas dentro de una distribución normal.*
- VII. La tabla 10.18 muestra las medias por cada Unidad de Medicina Familiar en contraste con las medias esperadas en la investigación y la media observada encontrada en toda la Subdelegación de Tlalnepantla en el estado de México, valores que permitieron la regresión lineal dentro del estudio, para determinar el error típico de la estimación para cada elemento del estudio.
- VIII. Hipótesis:  
Para las cuatro hipótesis alternas propuestas a investigar fueron probadas, más significativamente para el SU, después le siguió el EC y por último el PA, a una significancia de .01 a .001, es por ello que se puede estar altamente confiados de que las calificaciones en cada escala varían significativamente por dominio.
- IX. En relación a la tabla 10.11, 10.12 y 10.13, muestran la clave de calificaciones por ítem, en forma correspondiente, tanto para el PA,

EC y SU, que son las propuestas para la investigación y futuras en caso de ser aceptadas, de acuerdo a las variables utilizadas para cada instrumento de medición en una escala del 1 al 100 % de calificación de calidad de la atención médica.

- X. Por último tenemos las tablas 10.1, 10.2 y 10.3, datos con los cuales se calculó los resultados finales para cada una de las Unidades de Medicina Familiar así como para toda la Subdelegación de Tlalnepantla en el Estado de México. Obteniéndose los resultados finales de la manera siguientes :

CUARO : RESULTADOS FINALES DEL PUNTAJE Y CALIFICACION DE LAS UMF DE LAS SUBDELEGACION TLALNEPANTLA EN EL ESTADO DE MEXICO.

UMF	PUNTAJE	CALIFICACION	DESV. STD.	ESCALA DE CALIDAD	ESTUDIO
052	20	47	-10	MALA CALIDAD	PA
	37	63	+10	BUENA CALIDAD	EC
	50	68	+20	MUY BUENA CALIDAD	SU
059	21	50	-10	MALA CALIDAD	PA
	38	63	+10	BUENA CALIDAD	EC
	50	60	+10	BUENA CALIDAD	SU
060	24	56	+10	BUENA CALIDAD	PA
	45	76	+20	MUY BUENA CALIDAD	EC
	66	76	+20	MUY BUENA CALIDAD	SU
062	21	50	-10	MALA CALIDAD	PA
	42	72	+10	BUENA CALIDAD	EC
	57	67	+10	BUENA CALIDAD	SU
064	21	50	-10	MALA CALIDAD	PA
	40	68	+10	BUENA CALIDAD	EC
	62	71	+20	MUY BUENA CALIDAD	SU

079	20	47	-10	MALA CALIDAD	PA
	44	75	+20	MUY BUENA CALIDAD	EC
	67	77	+20	MUY BUENA CALIDAD	SU
085	16	37	-10	MALA CALIDAD	PA
	37	63	+10	BUENA CALIDAD	EC
	63	72	+20	MUY BUENA CALIDAD	SU
184	18	42	-10	MALA CALIDAD	PA
	42	72	+10	BUENA CALIDAD	EC
	67	77	+20	MUY BUENA CALIDAD	SU
186	21	49	-10	MALA CALIDAD	PA
	48	73	+20	MUY BUENA CALIDAD	EC
	72	83	+30	EXCELENTE CALIDAD	SU
188	21	50	-10	MALA CALIDAD	PA
	40	68	+10	BUENA CALIDAD	EC
	60	61	+10	BUENA CALIDAD	SU
PATA TODA	20	47	-10	MALA CALIDAD	PA
LA SUBDE-	41	70	+10	BUENA CALIDAD	EC
LEGACION.	69	73	+20	MUY BUENA CALIDAD	SU

(\*) MUESTRAS OBTENIDAS A ENTOROS DE RELACION A LOS ENCONTROS

Como resultado final de la calidad de la atención médica se obtuvo para las Unidades de Medicina Familiar :

=====

PA : 52, 59, 62, 64, 79, 95, 184, 186 Y 188	:MALA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
60	:BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
EC : 52, 59, 62, 64, 95, 184 Y 188	:BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
60, 79 Y 186	:MUY BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
SU : 59, 62 Y 188	:BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
52, 60, 64, 79, 95 Y 184	:MUY BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
186	:EXCELENTE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

=====

Para toda la Subdelegación de Tlalnepantla en el Estado de México tenemos lo siguiente :

=====

PA :	MALA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
EC :	BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.
SU :	MUY BUENA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

=====

## 11.1 DISCUSION.

Para poder emitir la discusión sobre la validez del presente estudio, deberá de tomarse los siguientes juicios sobre la calidad de la atención médica :

- I. Estructura de las Unidades de Medicina Familiar.
- II. Estructura y metodología de los estudios sobre calidad de la atención médica.
- III. Evolución de la calidad de la atención médica al través de los investigadores.
- IV. Agentes de cambio.
- V. Tomadores de decisión.
- VI. Usuario o derechohabiente.

A estos juicios se añaden las consideraciones sobre los factores de mayor fuerza de asociación que se encontraron en relación al grado de calidad de la atención médica obtenida.

- I. Estructura de las Unidades de Medicina Familiar (UMF), tanto para los prestadores de servicio, como para los usuarios, es fácil reconocer las características que enviste a cada unidad en si, tal es como : situación geográfica, accesibilidad, relaciones interpersonales, etc... que varían de una a otra; ésto explicará las calificaciones obtenidas en las Unidad de Medicina Familiar. Esto nos lleva a considerar que la

calificación es el reflejo del proceso de atención técnica y de las relaciones interpersonales y no únicamente como un dato meramente estadístico, sino como una referencia para el mejoramiento y superación en cada una de las Unidades de Medicina Familiar.

II. Estructura y metodología de los estudios sobre calidad; si bien se empezó con una diversidad de antecedentes, que de alguna manera presentan una metodología para los estudios sobre calidad de la atención médica en cualquiera de sus niveles *Estructura-Proceso-Resultado*, aunque en forma independiente o por separado. En la presente investigación se trata de utilizar este modelo que ha sido utilizado universalmente y en ocasiones mejorado por otros investigadores interesados en el área, este modelo ha sido propuesto metodológicamente en forma AD HOC, es decir tomando la idiosincracia del trabajador de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los propios usuarios.

III. Evolución de la calidad de los estudios sobre calidad ; se mencionó también al principio que los pioneros en el área de la investigación de los servicios de salud en la calidad de la atención médica, se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuyos resultados han dado luz y creatividad para las propuestas del mejoramiento y modernización de los servicios, cuya historia ha trascendido fuera del país, haciendo resonancia y consistencia de los resultados en países hermanos como Costa Rica, Argentina, Brasil, Chile , sin embargo como se mencionó en su oportunidad, destacan en nuestro país, una nueva generación de investigadores, tanto de instituciones educativas como en

el sector salud.

El interés por continuar en esta línea de investigación nació realmente de la creencia de la relación causa-efecto, de que toda evolución tiene un enfoque no sólo correctivo, sino propositivo, de asesoría y de agente de cambio, para llegar a obtener mejores grados de calidad de acuerdo a los cambios políticos, económicos en que se encuentra nuestro país.

- IV. Agentes de cambio; el agente de cambio se entiende a los resultados finales obtenidos, negativos o positivos, que fijan un perfil o imagen de una situación dada, con la dirección en perspectiva y prospectiva y no en forma panorámica y retrospectiva. Este concepto dirige nuestro estudio a la proposición de métodos para el mejoramiento de la calidad de la atención médica, los cuales deberán ser prácticos, de uso sistémico y con fines de superación. Por tal motivo el estudio no sólo presenta los resultados para calificar una situación dada, sino que existe una gama de instrumentos que en forma metodológica puedan contribuir en su aplicación para ayudar al logro de una mejor calidad de la atención médica, los cuales se mencionarán en las recomendaciones y sugerencias de la investigación.

- V. Tomadores de decisiones; es importante considerar con mayor claridad que dentro de la organización se requiere de ciertos requerimientos básicos, para hacer frente a las nuevas realidades y desafíos que ofrece que pueden ser: Mantener la coordinación -conforme al concepto sistémico - de todas las funciones y actividades que tiene dentro de la organización, las cuales deben alinearse y orientarse hacia el usuario.

Considerar el desempeño humano que desde el nivel de línea, hasta el ubicado en alta dirección, debe tener estrecha relación con el usuario, e implantar un apropiado sistema como el sistema nervioso vital de la organización que independientemente de su propósito informativo para fines de control y dirección, integre al personal y sus funciones, desarrollar el liderazgo de los directivos, quienes deben crear la cultura que prevalecerá en la organización, desde el momento que definen y comunican la visión y misión de la misma y por último mantener la orientación constante hacia el usuario e implementar la retroalimentación que se produce a partir de establecer, consolidar y darle seguimiento a sus necesidades cambiantes.

Y hablar de organización es hablar de personas, no hablo nada más de personas, no me estoy dirigiendo únicamente a los directivos o tomadores de decisión y/o al personal técnico, sino me estoy refiriendo a todas las personas que integran la organización.

- VI. Usuario o derechohabiente: Generalmente los usuarios evalúan la calidad del servicio con base a características que ellos puede experimentar y juzgar personalmente, son los que hacen las "escalas de calificaciones" los usuarios experimentan y juzgan : a) los elementos tangibles de la organización, la seguridad que sienten al tratar con el personal de la organización, c) la capacidad de respuesta ante sus necesidades solicitadas, d) su empatía para con sus sentimientos y necesidades. Sin embargo el criterio más importante que utilizan para calificar de un servicio es el que se le hace más difícil de evaluar.

N

PARIS

SON

## 12. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS DE FUTURAS INVESTIGACIONES

A:

Fomentar y sistematizar la línea de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención médica (ECAM), utilizando las experiencias del modelo *Estructura-Proceso-Resultado*.

B:

Con propuesta, de que cualquier estudio de evaluación de la calidad de la atención médica, deberá dirigirse más al desempeño cualitativo ( atención técnica, relaciones interpersonales y actitudes ), que el desempeño cuantitativo (productividad).

C:

Todo estudio de evaluación de la calidad deberá basarse en criterios e indicadores que sirvan de parámetros calificadorios, los cuales permitirán reutilizarse para futuras investigaciones y para instituciones ajenas al Instituto Mexicano del Seguro Social, tanto del sector salud, como del sector privado.

D:

Las investigaciones que sigan alguno de los nueve tópicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud en 1982, o que cumplan con los objetivos nacionales de extensión de cobertura y mejoramiento de CALIDAD Y CALIDEZ de

los servicios, deberán ser incentivados y apoyados por instituciones educativas y de salud a fin de que los investigadores encuentren, la motivación, el interés y respuesta en materia de políticas de salud, y sirvan para retroalimentar todos los elementos y factores que intervienen en la estructura y en el proceso para obtener un mejor resultado.

E:

Fomentar la formación, educación de investigadores en el área de la calidad de la atención médica, los cuales serán los *agentes de cambio*, que son necesarios para la creación de una cultura sobre la calidad de los servicios.

F:

Diseñar , organizar, construir y aplicar un programa para la formación de la cultura sobre la calidad de la atención médica, entendida como una característica inherente tanto en el trabajador de la salud como en el derechohabiente, dicho de otra manera tanto en el prestador de los servicios como en los usuarios. Esta cultura en la calidad de la atención médica, sólo se logrará cuando exista una conciencia y deseo de ser cada día mejor en las funciones o en el puesto encomendado a cada trabajador, y controlado al través de un subprograma de supervisión y evaluación sistémica del cumplimiento de criterios pre-establecidos de calidad de la atención médica.

G:

Facilitar el uso de este modelo propuesto en la presente investigación como alternativa para los estudios de monitoreo de la calidad de la atención médica, fundamentado en las bondades (Validez y Especificidad), encontradas en cuanto a los tres elementos: Perfil Académico, Expediente Clínico y

Satisfacción del Usuario, sin embargo se reconocerá que el mismo es perfecto por futuros investigadores, pero es de esperarse que persista la consistencia y la fuerza de asociación de las variables del presente estudio.

H:

Probar, analizar, aplicar y mejorar las escalas sobre medición sobre las escalas propuestas de calidad de la atención médica y emergidas de la presente investigación.

I:

Probar, analizar y aplicar -gradificador de calidad de la atención médica- al través de estudios cuasi-experimentales, o de cohortes, o bien de casos y controles, según el caso, a fin de comprobar la validez y confiabilidad del instrumento.

J:

Valorar, analizar, utilizar y definir los cambios, las tomas de decisiones al nivel rector y directivo con base a los resultados presentados en esta investigación, con un enfoque propositivo y mejoramiento para la superación, como una estrategia dirigida hacia la excelencia. esto facilitará a los tomadores de decisión los instrumentos y recomendaciones necesarios para lograr la calidad y calidez de las Unidades de Medicina Familiar.

K:

Controlar, supervisar y verificar en el nivel rector y directivo para el cumplimiento de métodos y proposiciones sugeridas que emanen de ésta y futuras investigaciones sobre evaluación de la calidad de la atención médica y que se evite en lo posible dejarlas en el olvido o en el archivo.

- Ackoff, L., 1990, "Planeación de la empresa del futuro" Linusa, México, p.p. 9-35.
- Anderson, J., Durston, H., Poole, M., 1972, "Redacción de tesis y trabajos escolares", Diana, México, p.p. 5-161.
- Anthony, D., 1986, "C-Plus; Manual de procesador de palabras para microcomputadora en IBM, PC, y compatibles" México, p.p. 1-180.
- Aguirre-Gass, 1991, Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica, Salud Pública de México, México, 33, p.p. 123-129.
- Aguirre-Gass, Gómez, P., 1987, "La información como insumo para la evaluación médica en el I.M.S.S., Sistema de información de Salud; Tendencias actuales; desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud", México, p.p. 10-12.
- Aguirre-Gass, 1990, Evaluación de la calidad de la atención médica espectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas, Salud Pública de México, México, 32, No. 2, p.p. 170-180.
- Arias Galicia, F., 1978, "Teoría de Sistemas", Trillas, México, p.p. 13-19.
- Atkinson, C., Argreaves, S., y col., 1988, "Administración de hospitales; fundamentos y evaluación de servicios hospitalarios", Trillas, México, p.p. 5-623.
- Bashshur, R., 1987, Sobre la evaluación de las necesidades de la salud, Salud Pública de México, México, 29, No. 4, p.p. 228-292.
- Breha, B., 1992, Administrar con calidad, el reto, El Universal, 20 de febrero 1992, p.1 y 4.
- Cazares H., Christian, H., y col., 1989, "Técnicas actuales de investigaciones documental", 2a. ed., Trillas, México, p.p. 1-85.
- CONACYT, "Investigación de servicios de salud", México, 1982, p.p. 1-23.
- CONACYT, "Investigación en servicios de salud; Memorias del Seminario llevado a cabo los días 13-15 de junio de 1978", Querétaro, México 1983, p.p. 11-321.
- Cornejo, M., 1990, "Liderazgo y Excelencia", México, p.p. 1-60.
- Cordera, A., 1987, "Administración de sistemas de Salud", PHH, México, T. II, p.p. 501-533.

- Cuevas Uriostequí, Avila-Martínez. 1991, *Relación entre médico-paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica*, Salud Pública de México, México, 33, p.p. 576-584.
- Curtis, R., 1990, "Word Statr en el IBM PC", Mc Graw Hill, México, p.p. 1-193
- De Gayndth, M., 1966, *Five Approaches for assessing the quality of care*, Hospital Administration, 15, p.p. 1-184.
- Donabedian, A., 1968, *Promoting Quality Through evaluating*, Medical Car, 6, p.p. 181-202.
- Donabedian, A., 1966, *Evaluating the quality of medical care*, Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, p.p. 166-203.
- Donabedian, A., 1984, "La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación", PMM, México, p.p. 1-184.
- Donabedian, A., 1984, *Veinte años de investigación entorno a la calidad de la atención médica; 1964-1968*, Salud Pública de México, México, 18, No. 3, p.p. 243-265.
- Durán-González, Frank-Mora y col., 1990, *La calidad de la conducta prescriptiva en la atención primaria*, Salud Pública de México, México, 32, p.p. 221-231.
- Educación-Coplanar, 1982, "Necesidades esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000", SXXI, México, 2, p.p. 9-80.
- Cambell, D., Stanley, J., 1978, "Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social", Buenos Aires, p.p. 9-158.
- Fabela, Q., 1991, *Buscamos diseñar el nuevo IHSS*, Cuestión Social, México, No. 22, p.p. 10-15.
- Filstad, W., 1970, "Qualitative methodology", Chicago, p.p. 25-27.
- Flores, H., 1989, *1943-1989, 46 años de Historia de la Ley del Seguro Social*, Cuestión Social, México, No. 13, p.p. 21-27.
- Freng, M., Peña, M., 1988, *Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención de la salud*, Salud Pública de México, México 30, No. 6, p.p. 46-415.
- Fuentes, Z., 1990, "El pensamiento sistémico; caracterización y principales corrientes", UNAM, Cuadernos de Planeación y Sistemas, México, p.p. 9-71.
- Fuentes, Z., "El enfoque de sistemas en la solución de problemas; la elaboración del modelo conceptual", UNAM, Cuadernos de Planeación y sistemas, México, 1990, No. 4, p.p. 6-37.
- Fuentes, Z., 1990 "El problema general de la planeación; pautas para un enfoque contingente", UNAM, Cuadernos de Planeación y Sistemas, México, No. 6, p.p. 11-59.
- Furlán, C., 1989, "Aportaciones a la didáctica de la educación superior", ENEPI, México, p.p. 8-214.
- Galtung, J., 1966, *Teoría y Métodos de la investigación social*, Eudeba, Buenos Aires, Tomo I y II.

- Galindo, P., 1991, LXIX Asamblea General Cuestión Social, México, No. 22, p.p. 3-9 y 102-108.
- García -Pelayo y Gross, 1990, " Diccionarios de la lengua española ", México, tomo I y II.
- Ginebra, J., y Arana, R., 1992, La calidad se hace no solo se controla, El Nacional, p.1 y p.6.
- Giltow, G., 1991, " Planificando para la calidad, productividad y una posición competitiva ", Vetura, México, p.p. 3-161.
- Glass, V., Stanley, C., 1970 " Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales- PHI, México, p.p. 1-570.
- Goode, J., Hatt, K., 1982 " Métodos de investigación social ", 2da ed., Trillas, México, p.p. 9-483.
- Hort, F., 1978, " Investigación de servicios de salud ¿ Porqué y Cómo ? ", México, p.p. 1-21.
- Horwitz, A., 1978, ¿ Porqué no evaluamos y porqué debemos hacerlo?, Salud Pública de México, México, 20, p.p. 171-176.
- INSS., Subdirección General Administrativa, Jefatura de Planeación y Organización de recursos Humanos, " Manual de Organizaciones del INSS ", México, 1982, p.p. 48-54.
- INSS., Jefatura de los Servicios Médicos, " Manual de Procedimientos de Organización de las Unidades de Medicina Familiar ", México, 1991, p.p. 4-35.
- INSS., Subdirección General Médica, " Sistemas de evaluación permanente de la satisfacción del usuario de las unidades de medicina familiar ", México, 1991, p.p. 1-41.
- INSS., Subdirección General Médica, " Instructivo para el equipo multidisciplinario en la atención materno infantil ", México, 1987, p.p. 3-41.
- INSS., Subdirección General Médica, " Colección de normas para la medicina familiar ", México, 1986, p.p. 5-71.
- INSS., Subdirección General Médica, " Manual de procedimientos técnicos administrativos para la supervisión, evaluación y asesoría de las unidades de medicina familiar del INSS ", México, 1990 Cap. I-X.
- INSS., Subdirección General Médica, " Instructivo para la supervisión operativa del director ", México, 1990, p.p. 1-25.
- INSS., Subdirección General Médica, " Instructivo para la supervisión al jefe de departamento clínico de medicina familiar ", México, 1990, p.p. 1-12.
- INSS., Subdirección General Médica, " La evaluación de la calidad y el costo de los servicios médicos, información y estadística; modelos de aplicación ", México, 1982, p.p. 1-15.
- INSS., Nuevo Presidente en el CIESS, Cuestión Social, México, 1991, No. 27, p. 27.

- INSS., *Informe de actividades del INSS, Cuestión Social, México, 1990-1991, No. 20, p.p. 7-13.*
- INSS., *LXIII Asamblea del INSS, Cuestión Social, México, 1988, No. 12, p.p. 9-15.*
- INSS., *Evaluación sexenal de la labor del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cuestión Social, México, 1988, p.p. 134-145.*
- Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social, *Informe final de la VIII Conferencia Nacional de salud, Seguridad Social, México, 1986, No. 160, p.p. 40-60.*
- INSS., *Secretaría General, Jefatura de Servicios del Secretariado Técnico, "Glosario de términos técnico-administrativos de uso frecuente en el Instituto Mexicano del seguro Social", 2da ed., México, 1990, p.p. 5-255.*
- INSS., *Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro social, " Contrato colectivo de trabajo 1989-1991", México, 1989, p.p. 3-544.*
- INSS., *Subdirección General Médica, " Comités médicos asistenciales", México, 1983, p.p. 18-21.*
- INSS., *Subdirección General Médica, Jefatura de Enseñanza e Investigación, " Instructivo para el registro, control y evaluación de los proyectos de investigación al través del sistema automatizado de información", México, 1984, p.p. 30-35.*
- INSS., *Jefatura Delegacional de Servicios Administrativos, " Cursos de desarrollo directivo", México, 1990, p.p. 1-55.*
- INSS., *Subdirección General Médica, " Sistema de evaluación integral de las unidades médicas", México, 1983, p.p. 22-28.*
- INSS., *VIII Reunión de la Subdirección de los Servicios Médicos en el Estado de México, Toluca, México, " Modelo Modernizador de la atención médica" 3 abril de 1992.*
- ISSSTE., *" Manual de evaluación de la calidad de la atención médica, al través del expediente clínico en unidades de primer, segundo y tercer nivel", México, 1975, p.p. 4-12.*
- IFE., *" Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", México, 1990, p.p. 7-180.*
- INEGI., *" Síntesis Geográfica, Nomenclatura y Anexos Cartográficos del Estado de México", México, 1987, p.p. 1-161.*
- Jeffrey y Pone, 1981, *" Investigación de mercados; guía maestra para el profesional", Norma, México, p.p. 3-337.*
- Kauro-Ishikawa, 1986, *" ¿ Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa", Norma, México, p.p. 1-200.*
- Katz, D., 1980, *" Psicología social de la organización ", Trillas, México, p.p. 33-36.*
- Laguna, J., 1990, *Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, Salud Pública de México, México, 32, No. 2, p.p. 221-231.*

- Larios, G., 1989 "Hacia un modelo de calidad", Grupo editorial interamericano, México, p.p. 1-145.
- Levin, J., "Fundamentos de estadística en la investigación social", Harla, 2da ed., México, p.p. 1-303.
- Ley del Seguro Social y su Reglamento: Actualizada, 4ta ed., Delwa, México, 1991, p.p. 1-219.
- Lott, W., 1984, "Auditoría y control del procesamiento de datos", Norma, México, p.p. 1-185.
- Llerena, C., Arroyo, P., 1985. Modelo en la atención de la salud, Salud Pública de México, México, 27, No. 6, p.p. 540-545.
- Martínez, R., 1986, "Programas prioritarios en la atención a la salud", Publicaciones cuatrimestrales del Comité permanente interamericano de seguridad social, Seguridad Social, México, No. 56, p.p. 22-33.
- Martínez, U., y col., Evaluación de la calidad de la atención médica en un hospital pediátrico, Revista Médico, México, 1, p.p. 14-19.
- Massaki-Imai, 1989. "Kaizen, La clave de la ventaja competitiva japonesa", CECSA, México, p.p. 15-300.
- Mejía, B., 1990, "El tripartismo, base del equilibrio en el IHSS", Cuestión Social, México, No. 19, p.p. 9-15.
- Mejía, B., 1989, Hospital de la Raza: 35 años, Cuestión Social, México, p.p. 15-21.
- Mejía, P., Castañeda, P., 1992, "Los pergaminos de la excelencia", Pinarrosa, México, p.p. 1-50.
- Mora, F., y Hersch, P., 1984, "Introducción a la medicina social de salud", UAM-X, México, p.p. 5-25.
- Morales, A., 1991, Administración para lograr la excelencia, Cuestión Social, No. 27, p.p. 6-10.
- Naghi, H., 1987, "Metodología de la investigación", Liaisa, México, México, p.p. 27-527.
- Novelo, G., Palsero, O., 1986, Organización y financiamiento de la Seguridad Social en América Latina, Transición y perspectivas, Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, con el auspicio del IHSS, Seguridad Social, México, Año XXXIV, Época V, Nos., 155-156, p.p. 11-141.
- OMS., "Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud: Informe de un grupo de estudios de la OMS", Serie de Informes técnicos 694, Ginebra, 1983, p.p. 5-73.
- OMS., "Informe final de la conferencia de atención primaria de salud, Alma-Ata", URSS, 1978, p.p. 1-20.
- OPS., "Análisis gerencial de los sistemas de salud", documento preparado para la decisión técnica, Washington, D.C., publicación 449, 1983, p.p. 10-50.
- OPS, OMS., "Conferencia panamericana sobre planificación de recursos humanos en salud: oferta, distribución, utilización de recursos humanos", Ottawa Canadá, 3, 1973, p.p. 100-105.

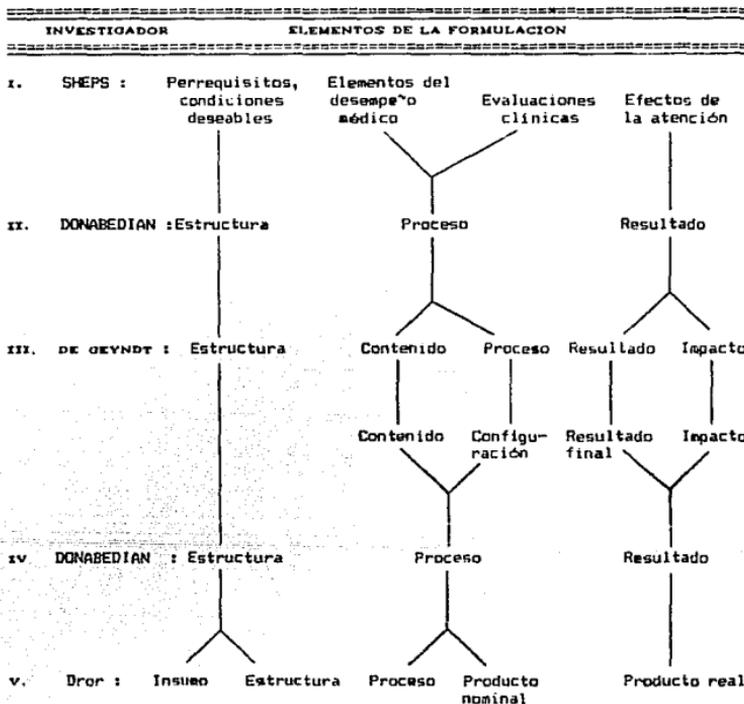
- OMS., "Capacitación administrativa sobre recursos humanos en salud: Modelos matemáticos y recursos humanos en salud", Otama, Canadá, 1980, p.p. 21-24.
- Orduño, P., 1989, "Manual básico de procesador de palabras Chi-writer", México, p.p. 1-21.
- Ortiz, P., 1988, "Los trabajadores hacemos el seguro social", *Cuestión Social*, México, No. 12, p.p. 33-38.
- Pabón-Lasso, M., 1985, "Evaluación de los servicios de salud, conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cualitativo y cuantitativo; Modelo-PRIDES", México, p.p. 11-105.
- Pabón-Lasso, 1984, "Método simplificado para evaluar el desempeño hospitalario", Colombia, OMS, p.p. 33-136.
- Pardinas, F., 1970, "Metodología y Técnicas de investigación en ciencias sociales: introducción elemental", 17a ed., SXXI, México, p.p. 1-178.
- Padua, 1979, "Técnicas de investigación aplicada a las ciencias sociales", IFE, México, p.p. 7-351.
- Picazo, M., y Martínez, V., 1991, "Ingeniería de servicios para crear clientes sostenibles", Mc Graw Hill, México, p.p. 15-247.
- Prokopenko, J., 1990 "La gestión de la productividad", OTI, Ginebra, p.p. 3-311.
- Guiroz, V., y Fournier, G., 1990 "SPSS:Enfoque aplicado", Mc Graw Hill, México, p.p. 1-225.
- Reddin, W., and Associates, 1992 "El gerente efectivo en tiempos difíciles", México, p.p. 1-26.
- Riggs, L., 1989, "Sistemas de producción, planeación, análisis y control", Limusa, México, p.p. 79-87.
- Rojas-Soriano, 1982, "Guía para realizar investigaciones sociales", P y V, México, p.p. 9-459.
- Rodríguez-Mendoza, 1982, "Un modelo de productividad del futuro", Tesis, p.p. 160-190.
- Rubio, R., Hernández, F., 1988, "Auditoría administrativa", PAC, México, p.p. 5-143.
- Rodríguez-Domínguez, y López-Acuña, "La investigación de servicios", 1986, p.p. 1-24.
- Ruiz-Pérez, 1987, *Asistencia Social*, Secretaría General del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Seguridad Social, México, No. 161, p.p. 79-87.
- Ruiz de Chávez, Martínez-Narvaéz y col., 1990, *Bases para la evaluación de la atención en las unidades médicas del sector salud*, Salud, Pública de México, México, 32, No 2, p.p. 156-169.
- Reyes-Zapata, Meléndez-Colindres, Vidal-Pineda, 1990, *Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención*, Salud Pública de México, México, 32, No. 2, p.p. 232-242.

- Roemer, I., 1972, Evaluación de los Centros de Salud Pública, OMS, Ginebra, p.p. 7-43.
- Ruiz de Chávez, 1989, Fundamentos doctrinales del quehacer de la salud, Salud Pública de México, México, 31, No. 3, p.p. 402-406.
- Rabosa-Garroba, 1986, Mesa redonda sobre los problemas de organización y financiamiento de la seguridad social: Reorganización administrativa y de los servicios de atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Publicaciones bimestrales del Comité Permanente Interamericano de seguridad Social, Seguridad Social, México, Núm., 157-158, p.p. 82-92.
- Salinas-Montoya, 1992, Evaluación de la calidad de la atención médica de las unidades de medicina familiar de la Subdelegación Tlalnepanitla en el Estado de México, Trabajo inédito (Tesis), México, p.p. 1-100.
- Salud Pública de México, Tercer Congreso Nacional de Investigaciones en Salud Pública, Presentación de Resúmenes, Salud Pública de México, México 1992.
- Secretaría de Programación y Prosupuesto, " Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994", México, 1989, p.p. 1-137.
- Secretaría de programación y Prosupuesto, " Plan Nacional de desarrollo 1983-1988", México, 1983, p.p. 1-150.
- SSA., Subsecretaría de Planeación, " Seminario de evaluación en el sector salud; Evaluación en las instituciones de salud ", Memoria, México, 1978, p.p. 71-127.
- Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J., 1988, Compiladores, " La salud en México: Testimonios 1988; Desarrollo institucional; Intitutos Nacionales de salud", CFI, México, 3, Tomo III.
- Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J., 1988, Compiladores, " la salud en México; Testimonios Desarrollo Institucional INSS, ISSSTE", CFI, México, 1, Tomo III.
- Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J., Compiladores, 1988, " La salud en México; Testimonios 1988; Problemas y programas de salud", CFE, México, Tomo II.
- SSA., Subsecretaría de Planeación, " Programa de descentralización de los servicios de salud; Modelo de atención a la salud de la población abierta", México, 1985, No. 1., p.p. 3-97.
- SSA., Subsecretaría de Planeación, " Anuario estadístico 1985", México, 1987, p.p. 35-392.
- Soberón, G., 1988, " La protección de la salud en México; Palabras, discursos y mensajes, 1986-1988", Porrúa, México, Tomo I y II.
- SSA., Coordinación General de Planeación, " Sistemas de servicios de salud", México, 1981, p.p. 7-15.
- San Martín, 1979, H., " Ecología humana y salud", PMH, México, p.p. 58-60.
- Sánchez, G., 1990, " Un marco teórico para la evaluación", UHAM, Cuaderno de Planeación y Sistemas, México, No8, p.p. 7-26.

- Suárez, R., 1990, "Un modelo cuantitativo del proceso de solución de problemas; el modelo del diamante", UNAM, Cuadernos de planeación y sistemas, México, No4, p.p. 6-37.
- SSA., "Salud Pública en México; reseña histórica 1982-1988", México, 1988, Tomo I y II.
- Taylor, E., 1984, "aplicaciones de la investigación sobre sistemas de salud", OMS, Ginebra, p.p. 1-65.
- Tawayo-Tawayo, 1988, "Diccionario de la investigación científica", 2ed., Limusa, México, p.p. 49-225.
- Tennessee Associates de México, IMSS., "Administración del proceso para la calidad INSS", México, 1990, p.p. 1-125.
- Villa-romo, López-carvajales, 1989, La epidemiología en la evaluación de los servicios de salud, Boletín de epidemiología, México, 4, No. 4, p.p. 48-54.
- Valdés, D., Govea, G., 1989, Atención primaria y Seguridad social, Cuestión Social, México, No. 15, p.p. 7-14.
- Valdéz-Olmedo, 1986, Planeación y salud pública, Publicaciones cuatrimestrales del comité permanente interamericano de seguridad social, Seguridad Social, México, No. 56, p.p. 22-33.
- Van Gisch, P., 1987, "Teoría General de Sistemas" 2da ed., Trillasa, México, p.p. 5-585.
- Viniegra, V., 1985, Análisis y perspectivas de la formación de investigadores en el área de la salud, Ciencia, México, 36, p.p. 231-245.
- Valdés-Olmedo, C., 1984, "Planeación del Sistema Nacional de Salud: Un enfoque de sistemas", SSA, Cuadernos técnicos de planeación, No. 1, p.p. 15-118.

CUADRO: No. 1.

FORMULACIONES ALTERNATIVAS DE ENFOQUES PARA EVALUAR LA CALIDAD,  
LOS PROGRAMAS Y SUS INTERRELACIONES.



Fuentes: Sheps, 1965; Donabedian, 1966; De Geayndt, 1970; Droc, 1960.

(6) A. Donabedian., *Ibidém* , p. p. 105.

CUADRO: No. 2

Cuadro de la población total por UMF de la Subdelegación de Tlalnepantla en el Estado de México de Diciembre-Enero de 1962.

UMF	POBLACION TOTAL	POBLACION POR CONSULTA	CONSULTORIOS TOTALES/UMF	LAB/RX	CONSULTA MENS/TOT	MENS/MED DIA/MED	
52	149,171	2,868	44	SI	14,436	320	16
59	8,774	1,462	6	NO	1,017	320	15
60	136,353	3,413	40	SI	12,479	302	18
62	214,281	2,883	56	SI	17,175	307	10
64	175,597	2,506	70	SI	22,262	318	16
79	62,406	2,823	20	NO	6,070	249	18
85	32,689	2,724	12	NO	4,099	417	21
104	93,399	2,428	14	NO	5,000	400	20
106	29,627	2,116	14	NO	4,108	294	15
108	29,750	2,477	12	NO	2,711	226	12
TT: 872,032							
			208	4-SI 6-NO	MEDIA=982 MEDIA=17		

Datos tomados de la hoja de registro 4-36-6 y 4-30-3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de cada Unidad de Medicina Familiar, de las fechas diciembre y enero de 1961-1962.

CUADRO No. 3

Cuadro de datos del número de encuestas aplicadas para cada Unidad de Medicina Familiar, de la Subdelegación de Tlalnepanitla, en el Estado de México en Enero de 1992.

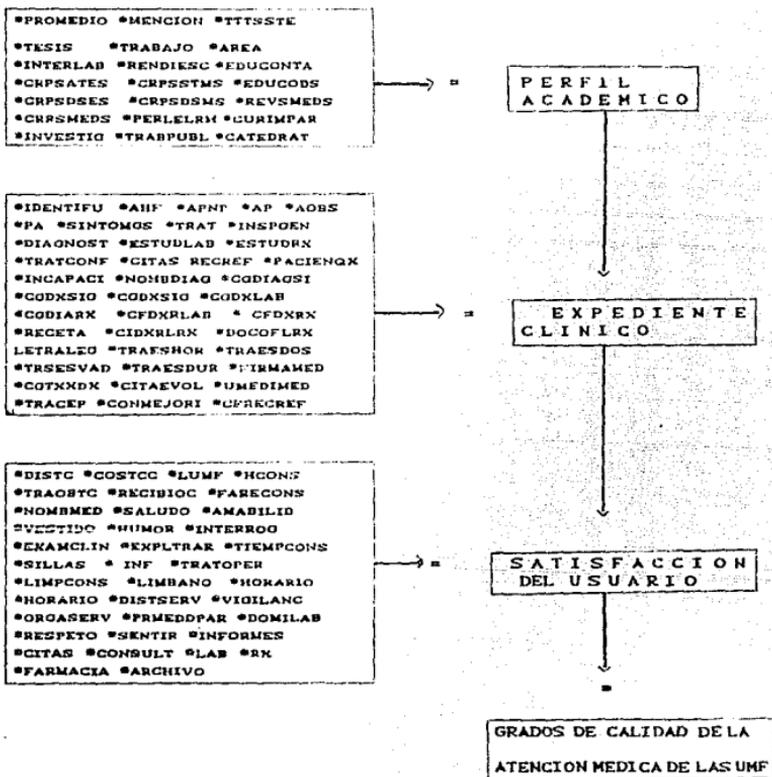
No.	UMF MEDICOS	UMF ENCUESTA PA	POBLACION/CONSUL	ENCUESTA EC	ENCUESTA SU
1	52	44	44	2,868	25
2	50	6	6	1,462	25
3	60	40	22	3,413	25
4	62	56	30	2,803	25
5	64	70	40	2,508	25
6	70	20	20	2,823	25
7	05	12	12	2,724	25
8	104	14	14	2,428	25
9	186	14	14	2,116	25
10	188	12	12	2,477	25
=====					
TT: 288		220	25,702	250	250
=====					

(\*) EL NÚMERO DE ENCUESTAS ENTREGADAS FUERON LAS ANOTADAS

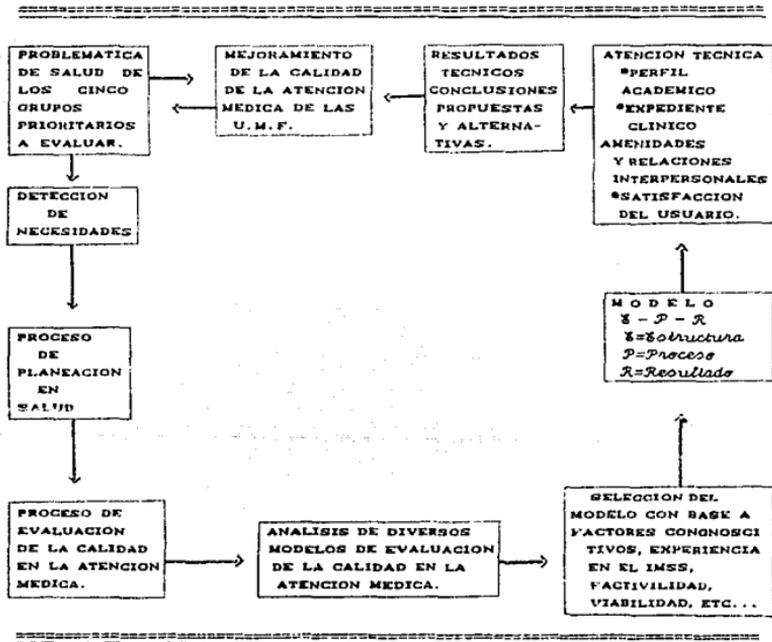
(\*\*) SIN EMBAHO SE PERDIERON 50 ENCUESTAS EN DONDE ACADÉMICO POR RENUNCIA DE LLENADO, POR NO ENCONTRARSE EL MEDICO SELECCIONADO, Y POR QUE NO SE ENTREGARON EL DIA QUE SE MARCO LA FECHA

(\*\*\*) DE LA ENCUESTAS DE EXPEDIENTE CUANDO SE PERDIERON 20, POR DESCARTAR EL EXPEDIENTE SELECCIONADO Y NO CONTENER NI LA CUARTA PARTE DE LOS PARAMETROS SEÑALADOS A INGRESAR

PROCESO AMPLIADO QUE EXPLICA  
LA PUNTUACION INTEGRAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCION  
MEDICA DE CADA ELEMENTO A ESTUDIO PARA DETERMINAR  
LA CALIFICACION FINAL EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR



MODELO DEL SISTEMA DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR



CUADRO: No. 1 ESQUEMA DE LAS LINEAS DE INVESTIGACION SOBRE  
SERVICIOS DE SALUD (1)

No LINEA DE INVESTIGACION PROPUESTAS POR D.M.S	AREAS PROBLEMAS DE INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD	TEMAS DE INVESTIGACION
1. RELACIONES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA SOCIEDAD Y SU TOTALIDAD.		ESTUDIO SOBRE EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PARA CONOCER EL PUNTAJE INTE- GRAL DE CALIFI- CACION DE LA ATENCIÓN DE LA MEDICA, CON LA
2. EVALUACION DE LAS NECESIDADES DE UNA POBLACION		APLICACION DE TRES INSTRUMEN- TOS QUE MIDAN LOS INDICADO- RES DEL PA, EC Y SU EN EL
3. ESTUDIOS DE PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE RECURSOS SANITARIOS.	CUANTIFICACION ESTABLEC- DE RECURSOS MIENTOS, DE SALUD EQUIPO, Y	SUMINISTROS, CONOCIMIENTOS.
4. ESTUDIO DE LA Y TECNOLOGIA ESTRUCTURA ORGANICA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	SERVICIOS DE CALIDAD DE RENDIMIEN SALUD LA ATENCION TO DEL ATENCION MEDICA PERSONAL Y CONOCER	PRIMER NIVEL DE ATENCION Y TAMBIEN SU ESTADO REAL, UTILIZANDO UN ENFOQUE DE TIPO SISTEMICO DEL MODELO
5. ESTUDIO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	ASISTENCIA ATENCION SOCIAL MEDICA SERVICIOS: SALUD 1ER NIVEL CONSULTA ENFOQUE DE PUBLICA 2DO NIVEL EXTERNA TIPO SISTEMICO FUNCIONES 3ER NIVEL URGENCIAS, CON PROPUESTA, DE : HOSPITALI-	ZACION, OTROS.
6. ESTUDIO SOBRE LA GESTION DE LOS SISTEMAS DE SALUD	PLANEACION ADMINISTRACION, REGIAMENTACION Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Estructura, Proceso y Resultados Y DE MANERA INDIRECTA PODER CONTRI- BUIR A LA GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ADEMAS DE CONSIDERAR A LA ORGANIZA- CION COMO UN TODO.
7. ANALISIS DE LA BASE ECONOMICA DE LOS SISTEMAS DE SALUD	CONOCER LOS COSTOS PRECIOS DE DIVERSOS SERVICIOS DE SALUD	
8. DETERMINACION DE LOS RESULTADOS DE PROGRAMAS SANITARIOS		
9. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD		

(1) OMS INVESTIGACIONES ORIENTADAS A MEJORAR EN LOS SISTEMAS DE SALUD, 1967.

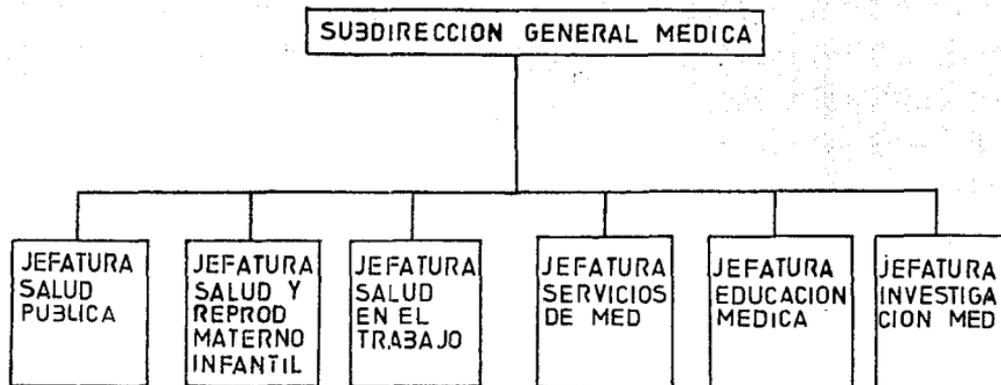
CUADRO: No. 7.

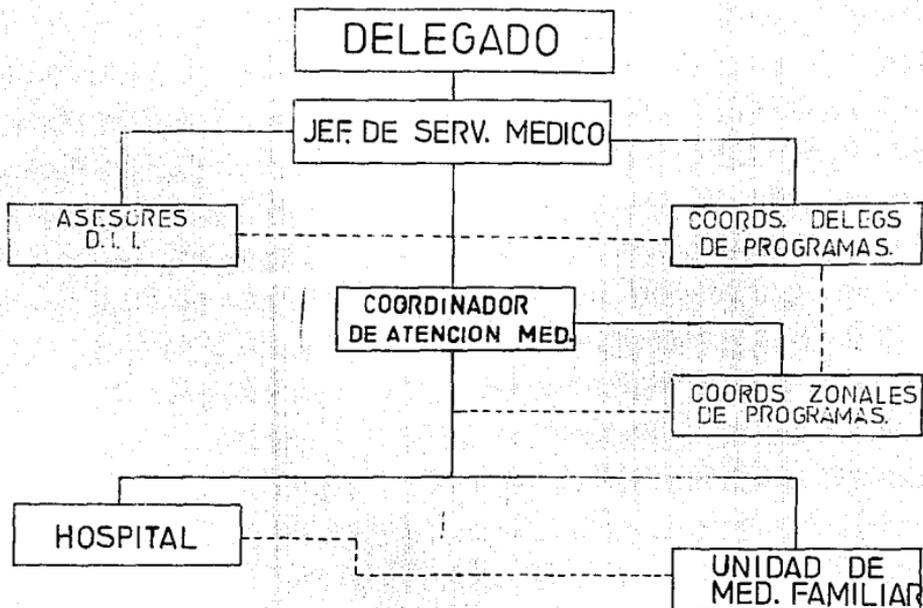
*TORSA DE PUNTAJAS ASIGNADAS A LA  
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR*

E J T R U E T U R A		P R O C E S O		R E S U L T A D O	
Perfil Academico		Expediente Clinico		Satisfacción del Usuario	
* PROMEDIO	* MENCION	* IDENTIFU	* AMF	* DISTC	* COSTCC
* TITSSTE	* TESIS	* APNP	* AP	* LUMF	* HCONS
* TRABAJO	* AREA	* AOBSE	* PA	* TRAORTC	* RECIBIO
* INTERLAB	* RENDIESC	* SINTOMOS	* TRAT	* FARECONS	* NOMBMED
* EDUCONTA	* CRFSATES	* INSPGEM	* DIAGNOST	* SALUDO	* AMABILID
* CRPSETMS	* EDUCONDS	* ESTUDLAB	* ESTUDRX	* VESTIDO	* HUMOR
* CRPSEDES	* REVSMEDS	* TRATGONF	* CITAS	* INTERROG	* EXAMCLIN
* CRRSMEDS	* PERLELRM	* RECREJ	* PACIENOX	* ENPLTRAT	* TIEMPCONS
* CURIMPAR	* INVESTIG	* INCAPCI	* NOMBDIAG	* SILLAS	* INF
* TRASPUBL	* CATEDRAT	* CODIAGSI	* CODXSGI	* TRATOPER	* LIMPCONS
		* CODXLAB	* CODIAGR	* LIMBANO	* HORARIO
		* CFXRLAB	* CFXRRX	* DISSERV	* VIGILANC
		* RECETA	* CIDXRLR	* ORGASERV	* FRMEDPAR
		* DOCOFLRX	* LETRALEO	* DOMILAB	* RESPETO
		* YAKBHOA	* TRAESPOC	* RENTR	* INFORMES
		* TRAESVAD	* TRAESDUR	* CITAS	* CONSULT
		* FIRNAMED	* COYRNDX	* LAB	* RX
		* CGYXCORR	* CITAEVOL	* FARNACIA	* ARCHIVO
		* UMEDIMED	* TRATCEP		
		* CONMEJORI	* CFRECREJ		
(ATENCIÓN TÉCNICA)		(ATENCIÓN TÉCNICA)		(A MENIDADES) RELACIONES INTERPERSONALES.	

No. 8

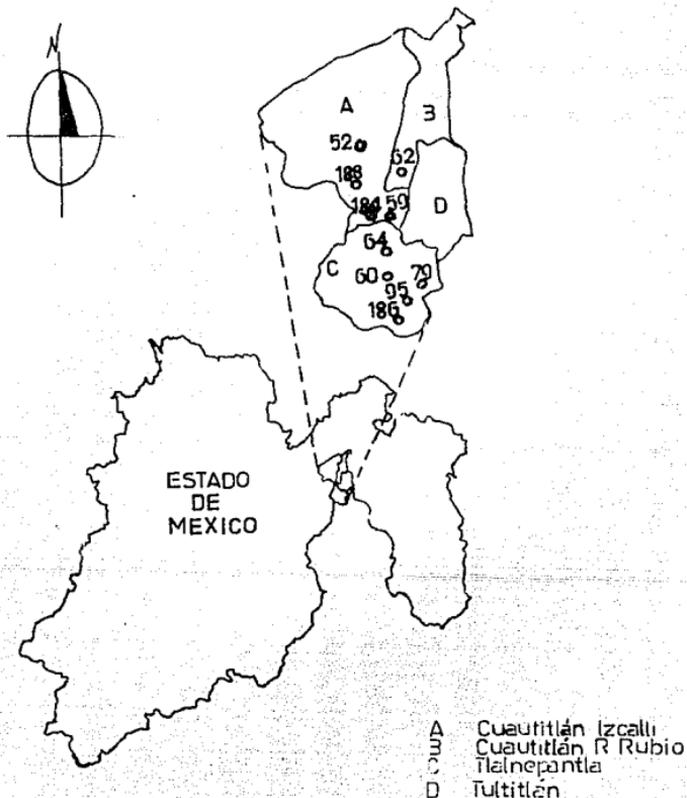
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ORGANOGRAMA  
SERVICIOS MEDICOS DEL ESTADO DE MEXICO

No.10

Ubicación Geográfica de las U.M.F.  
Subdelegación Tlalnepantla  
Estado de México



data list file='PERACAD.DAT'

/ID 1-3

EDAD 5-6

SEXO 8

MATRICU 10-16

UMIF 18-20

CONTRATO 22

CLAVSERV 24

CONSULTO 26-27

TURNO 29

JORNADA 31

ESCUELA 33

PROMEDIO 35

MENCION 37

GENERAC 39-40

TTTSSSTE 42

TESIS 44

TRABAJO 46

AREA 48

INTERLAB 50

RENDIESC 52

EDUCONTA 54

CRPSATES 56

CRPSATMS 58

CRPSATDR 60

EDUCONDS 62

CRPSDSES 64

CRPSDSMS 66

CRPSDSDR 68

SOCMEDS 70

REVSMEDS 72

CSRSMEDS 74

PERLECRM 76

BIBLIO 78

CURIMPAR 80

INVESTIG 82

TRABPUBL 84

CATEDRAT 86.

VARIABLES LABELS

ID 'FOLIO'

/EDAD 'EDAD'

/SEXO 'SEXO'

/MATRICU 'MATRICULA'

/UMIF 'UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR'

/CONTRATO 'CONTRATO'

/CLAVSERV 'CLAVE DE SERVICIO'

/CONSULTO 'CONSULTORIO'

/TURNO 'TURNO'

/JORNADA 'HORARIO DE TRABAJO'

/ESCUELA 'ESCUELA DE EGRESO DE LA LICENCIATURA'

/PROMEDIO 'PROMEDIO DE EGRESO DE LA LICENCIATURA'

/MENCION 'MENCION(s) HONORIFICA'

/GENERAC 'GENERACION'

/TTTSSSTE 'TIEMPO DE TITULACION TRANSCURRIDO ENTRE SERVICIO SOCIAL Y TESIS'

/TESIS 'TESIS'

/TRABAJO 'TRABAJO DURANTE SUS ESTUDIOS DE LICENCIATURA'

/AREA 'AREA DE TRABAJO QUE DESARROLLO'

/INTERLAB 'INTERFERENCIA LABORAL CON SUS ESTUDIOS DE LICENCIATURA'

/RENDIESC 'RENDIMIENTO ESCOLAR QUE OBTUVO CUANDO TRABAJO'

/EDUCONTA 'EDUCACION CONTINUA ANTES DE INGRESAR AL IMSS'

No. 11 a.

/CRPSATES 'POSGRADO DE ESPECIALIDAD ANTES DE INGRESAR AL IMSS'  
 /CRPSATMS 'POSGRADO DE MAESTRIA ANTES DE INGRESAR AL IMSS'  
 /CRPSATDR 'POSGRADO DE DOCTORADO ANTES DE INGRESAR AL IMSS'  
 /EDUCONDS 'EDUCACION CONTINUA DESPUES DE INGRESAR AL IMSS'  
 /CRPSDSES 'POSGRADO DE ESPECIALIDAD DESPUES DE INGRESAR AL IMSS'  
 /CRPSDSMS 'POSGRADO DE MAESTRIA DESPUES DE INGRESAR AL IMSS'  
 /CRPSDSDR 'POSGRADO DE DOCTORADO DESPUES DE INGRESAR AL IMSS'  
 /SOCMEDS 'SOCIEDADES MEDICAS A LAS QUE ESTA INSCRITO'  
 /REVMEDS 'REVISTAS MEDICAS A LAS QUE ESTA INSCRITO'  
 /CSRSMEDS 'REVISTAS MEDICAS QUE CONSULTA'  
 /PERLECRM 'PERIODICIDAD DE LECTURA DE REVISTAS MEDICAS QUE CONSULTA'  
 /BIBLIO 'BIBLIOTECA A LA QUE ASISTE A CONSULTA DE REVISTAS MEDICAS'  
 /CURIMPAR 'CURSOS QUE HA IMPARTIDO'  
 /INVESTIG 'INVESTIGACIONES QUE HA REALIZADO'  
 /TRABPUBL 'TRABAJOS CIENTIFICOS QUE HA PUBLICADO'  
 /CATEDRAT 'ES O FUE PROFESOR DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA'.  
 VALUE LABELS  
 /SEXO 1 'MASCULINO' 2 'FEMENINO'  
 /UMF 52 'CUAUTITLAN IZCALLI' 59 'LECHERIA' 60 'TLALNEPANTLA' 62 'CUAUTITLAN'  
 64 'TEQUEXQUINAHUAC' 79 'CEYLAN' 95 'XTACALA 1' 184 'UNIDAD TEPALCAPA'  
 186 'XTACALA 2' 188 'IZCALLI CAMPO 2'  
 /CONTRATO 1 'BASE' 2 'SUBSTITUTO 08' 3 'CONFIANZA'  
 /TURNO 1 'MATUTINO' 2 'VESPERTINO'  
 /ESCUELA 1 'UNAM' 2 'IPN' 3 'UAM' 4 'AUEM' 5 'OTRO' 0 'NO CONTESTO'  
 /PROMEDIO 1 'DE 60 A 69' 2 'DE 70 A 79' 3 'DE 80 A 89' 4 'DE 90 A 99'  
 5 'DE 10' 0 'NO CONTESTO'  
 /MENCION 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /TTTSSTE 1 'MENOS DE 6 MESES' 2 'MENOS DE UN AÑO' 3 'MAS DE UN AÑO'  
 0 'NO CONTESTO'  
 /TESIS 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /TRABAJO 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /AREA 1 'SALUD' 2 'EDUCACION' 3 'ADMINISTRATIVA' 4 'OTRA' 0 'NO CONTESTO'  
 /INTERLAB 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /RENDIESC 1 'BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR' 2 'BUEN RENDIMIENTO ESCOLAR'  
 3 'EXPERIENCIA LABORAL' 4 'OTRO' 0 'NO CONTESTO'  
 /EDUCONTA 1 'ANOTARON DE 1 A 2 CURSOS' 2 'ANOTARON DE 3 A 4 CURSOS'  
 3 'ANOTARON MAS DE 5 CURSOS' 0 'NO CONTESTO'  
 /CRPSATES 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /CRPSATMS 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /CRPSATDR 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /EDUCONDS 1 'ANOTARON DE 1 A 2 CURSOS' 2 'ANOTARON DE 3 A 4 CURSOS'  
 3 'ANOTARON MAS DE 5 CURSOS' 0 'NO CONTESTO'  
 /CRPSDSES 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /CRPSDSMS 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /CRPSDSDR 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /SOCMEDS 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'  
 /REVMEDS 1 'ANOTARON DE 1 A 2 REVISTAS MEDICAS' 0 'NO CONTESTO'  
 2 'ANOTARON DE 3 A 4 REVISTAS MEDICAS' 3 'ANOTARON MAS DE 5 REVISTAS'  
 /CSRSMEDS 1 'CONSULTA DE UNA REVISTA' 2 'CONSULTA DE 2 REVISTAS'  
 3 'CONSULTA DE MAS DE 3 REVISTAS' 0 'NO CONTESTO'  
 /PERLECRM 1 'DIARIO' 2 'SEMANAL' 3 'QUINCENAL' 4 'MENSUAL' 0 'NO CONTESTO'  
 /BIBLIO 1 'CONSULTA EN LA UNIDAD' 2 'FUERA DE LA UNIDAD' 3 'IMSS'  
 4 'OTRA' 0 'NO CONTESTO'  
 /CURIMPAR 1 '1 CURSO IMPARTIDO' 2 '2 A 3 CURSOS IMPARTIDOS'  
 3 'DE MAS DE 3 CURSOS IMPARTIDOS' 0 'NO CONTESTO'  
 /INVESTIG 1 '1 INVESTIGACION REALIZADA' 2 '2 INVESTIGACIONES REALIZADAS'  
 3 'DE 3 A MAS INVESTIGACIONES REALIZADAS' 0 'NO CONTESTO'  
 /TRABPUBL 1 '1 INVESTIGACION PUBLICADA' 2 '2 INVESTIGACIONES PUBLICADAS'  
 3 'DE 3 A MAS INVESTIGACIONES PUBLICADAS' 0 'NO CONTESTO'  
 /CATEDRAT 1 'SI' 2 'NO' 0 'NO CONTESTO'.

001	51	2	0769258	059	1	3	00	1	6	2	3	0	65	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	3	2	3	3	3	3	0	0	0	
002	35	1	3473577	059	1	3	01	1	6	1	3	0	79	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	2	3	0	0	0
003	28	2	29663046	059	1	3	02	1	6	1	3	0	84	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	
004	58	2	1092715	059	1	3	00	1	6	1	3	0	57	2	1	1	2	3	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	3	2	5	1	0	1	0	
005	30	2	29185089	059	1	3	00	2	6	2	3	0	85	2	2	1	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	
006	36	1	5134412	059	1	3	02	2	6	1	2	0	81	1	2	1	4	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	
007	33	1	8799059	186	1	3	03	2	6	1	4	0	84	0	2	1	2	2	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	4	2	3	0	0	1	
008	38	1	8791457	186	1	3	01	2	6	1	3	0	77	2	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4	0	0	0	0		
009	39	1	3337014	186	3	3	00	2	6	5	3	0	77	1	2	2	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	1	0	4	2	2	2	2	1	0	0	
010	44	1	6520383	186	1	3	00	2	6	1	3	0	72	3	2	1	3	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	1	0	
011	30	1	9766634	186	2	3	07	2	6	1	2	1	86	1	1	1	3	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	1	0	0	0	0	
012	33	2	8302901	186	1	3	00	2	6	2	3	0	83	1	1	1	2	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	1	0	
013	34	1	5289661	186	1	3	05	2	6	1	3	0	80	3	0	1	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
014	45	1	1319167	186	3	3	00	1	6	1	3	0	70	1	1	1	2	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	2	2	0	0	0	0	0	1	
015	32	2	8673527	186	0	3	00	1	6	3	5	0	83	1	1	2	2	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2	4	2	0	1	0	0	
016	34	2	6955583	186	1	3	00	1	6	1	3	1	85	1	2	2	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	1	2	4	5	2	1	0	1	0	
017	37	2	5612942	186	1	3	03	1	6	1	3	0	82	1	2	0	2	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	
018	37	2	9868135	186	2	3	00	1	2	4	0	0	80	1	2	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	0	1	0	0	0	
019	39	1	5918375	186	1	3	00	0	6	1	3	0	76	1	2	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0	0	0	1	0	
020	53	1	0608203	186	1	3	00	1	6	1	3	0	60	3	1	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	
021	38	1	1394797	186	1	3	05	1	6	1	3	0	78	1	2	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	0	0	0	0	0	0	
022	46	2	1312006	064	1	3	15	1	6	1	3	0	74	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	2	2	3	0	0	0	0	0	
023	35	2	5027217	064	1	3	17	1	6	1	2	0	79	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	3	0	0	0	0	0	
024	57	1	1060717	064	1	3	18	1	6	1	3	0	61	1	2	1	1	2	3	1	0	0	3	1	0	0	2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	
025	42	2	3861538	064	1	3	22	1	6	1	3	0	68	2	2	1	1	2	3	3	0	0	3	0	0	0	0	1	3	2	2	0	0	0	0	0	
026	38	2	3236889	064	1	3	19	1	6	1	3	0	78	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	
027	42	2	1324245	064	1	3	21	1	6	5	3	0	67	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	
028	45	2	1326759	064	1	3	00	1	6	5	3	0	70	1	1	2	0	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	
029	39	1	1348104	064	1	3	11	1	6	1	2	0	80	1	2	1	4	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
030	44	2	2597527	064	1	3	27	1	6	1	4	1	71	1	2	2	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	2	3	0	0	1	0	0	
031	33	2	7022123	064	1	3	00	1	6	2	3	0	84	2	0	0	1	2	0	3	0	0	0	1	1	0	0	1	2	2	3	1	2	0	0	0	
032	36	2	5611717	064	1	3	20	1	6	1	4	1	80	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	3	0	0	1	0	0	
033	40	2	3316033	064	1	3	31	1	6	2	4	1	77	1	0	2	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	3	1	2	5	0	0	0	0	0	0	
034	49	1	1305573	064	1	3	35	1	6	1	2	0	67	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5	0	2	0	0	0	0	
035	39	1	5914051	064	1	3	29	1	6	1	3	0	76	1	2	1	4	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	
036	36	2	5608422	064	1	3	28	1	6	5	3	0	80	1	1	2	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	
037	47	2	1114460	064	1	3	24	1	6	2	3	0	72	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	
038	55	1	0268704	064	1	3	23	1	6	1	3	0	60	2	1	1	4	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	
039	35	2	7468725	064	1	3	06	2	6	5	4	0	87	1	1	4	2	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	2	3	5	3	1	0	0	0	0	
040	35	1	5845645	064	1	3	08	2	6	1	3	0	82	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	3	0	0	0	0	0	0	
041	38	1	8796378	064	1	3	26	2	6	1	3	0	79	1	2	1	4	1	1	1	2	3	0	0	0	0	0	1	2	5	2	0	0	1	0	0	
042	40	1	1447375	064	1	3	21	2	6	4	3	0	78	1	1	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
043	00	2	4346866	064	1	3	15	2	6	1	2	0	00	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	0	0	0	0	0	0	
044	33	1	7455852	064	1	3	11	2	6	2	4	0	83	1	1	1	4	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	0	3	0	0	0	0	1	
045	38	2	8796289	064	1	3	01	2	6	1	3	0	76	2	1	2	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
046	41	2	2951266	064	1	3	23	2	6	2	3	0	75	2	2	1	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	
047	47	1	1746537	064	1	3	22	2	6	1	3	0	71	1	2	1	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
048	34	1	6869653	064	1	3	29	2	6	1	4	0	83	1	2	1	3	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
049	38	1	5110386	064	1	3	35	2	6	1	3	0	79	1	1	1	4	2	4	3	1	0	0	0	1	0	0	1	4	3	1	1	0	1	0	1	
050	34	1	7468733	064	1	3	09	2	6	5	4	0	82	1	2	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	2	3	5	0	2	0	0	0	0	0	
051	35	1	8528098	064	1	3	07	2	6	1	3	0	81	1	2	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	
052	36	2	7407823	064	1	3	04	2	6	2	4																										

COMPUTE GRACAPA =

No. 11 d.

PROMEDIO +  
MENCION +  
GENERAC +  
TTTSSTE +  
TESIS +  
TRABAJO +  
AREA +  
INTERLAB +  
RENDIESC +  
EDUCONTA +  
CRPSATES +  
CRPSATMS +  
EDUCONDS +  
CRPSDSES +  
CRPSDSMS +  
SOCMEDS +  
REVSMEDS +  
CSRSMEDS +  
PERLECRM +  
BIBLIO +  
CURIMPAR +  
INVESTIG +  
TRABPUBL +  
CATEDRAT.

## MISSING VALUE

DIAGNOST (0)  
ESTUDLAB (0)  
ESTUDRX (0)  
TRATCONF (0)  
CITAS (0)  
RECREP (0)  
NIVEL (0)  
PACIENQX (0)  
INCAPACI (0)  
DIASINCP (0)  
NOMBBIAG (0)  
CGDIAGSI (0)  
GRUOPPRI (0)  
CGDXSIG (0)  
CGDXLAB (0)  
CGDIACRX (0)  
CFDXRLAB (0)  
CFDXRRX (0)  
DOCOFLRX (0)  
CIDXRLRX (0)  
RECETA (0)  
LETRALEG (0)  
TRAESHOR (0)  
TRAESDOS (0)  
TRAESVAD (0)  
TRAESDUR (0)  
FIRMAMED (0)  
CGTRATDX (0)  
CORRECTX (0)  
CGTXCORR (0)  
CITAEVOL (0)  
REPANOTI (0)  
ISOMEDIO (0)  
TRATCONT (0)  
CFMEJORI (0)  
CFRECREP (0)  
DONDE (0)





28. ¿ En relación al interrogatorio que le hace a su problema de salud ?  ( ) ( )  86-87
29. ¿ En relación al examen clínico que le realiza ?  ( ) ( )  88-90
30. ¿ En relación a la explicación que le da para su tratamiento?  ( ) ( )  92-93
31. ¿ En relación al tiempo de consulta que le dedica ?  ( ) ( )  95-96
32. ¿ En relación a la forma que se despide de usted ?  ( ) ( )  98-99

DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS DE SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, COMO LAS CALIFICARIA USTED EN UNA ESCALA DE 0-6 (MUY MAL), 7 (MAL), 8 (BUENO), 9 (MUY BUENO) Y 10 (EXCELENTE)

33. ¿ En relación al tiempo de espera para recibir la consulta ?  ( ) ( )  104-102
34. ¿ En relación a las sillas de la sala de espera ?  ( ) ( )  104-105
35. ¿ En relación a la localización de la información que requiere ?  ( ) ( )  107-108
36. ¿ En relación al trato del personal en general de la unidad?  ( ) ( )  110-111
37. ¿ En relación a la limpieza de la sala de espera y/o bien la del consultorio ?  ( ) ( )  112-114
38. ¿ En relación a los baños de la unidad ?  ( ) ( )  116-117
39. ¿ Encuanto al horario en que tiene que solicitar la consulta ?  ( ) ( )  119-120
40. ¿ En relación a la ubicación de los servicios diversos de la unidad ?  ( ) ( )  122-123
41. ¿ En relación a la vigilancia que hay en la unidad ?  ( ) ( )  125-126
42. ¿ En relación a la atención que le brindó el personal en general ?  ( ) ( )  128-129
43. ¿ Encuanto a la ubicación de la dirección de la unidad ?  ( ) ( )  131-132



Si dice que (si) que la mencione:

---

---

56. ¿ Tiene alguna sugerencia ?

si

no

( ) ( )

Si dice que (si) que la mencione:

---

---

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

---

HORA DE INICIO

---

FECHA

---

FIRMA DE ENCUESTADOR

---

HORA DE TERMINO

---

FIRMA DEL SUPERVISOR

---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**SUBDELEGACION TLALNEPANTLA EN EL ESTADO DE MEXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA**

**ENCUESTA PARA EVALUAR EL EXPEDIENTE CLINICO**  
 =====  
 =====

**IDENTIFICACION DEL USUARIO:**

1. Número del expediente : ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) 5-14
2. Edad : ( ) ( ) 16-17      3. Sexo : ( ) 19
4. Tipo de derechohabiente : ( ) 21
5. Unidad de Medicina Familiar : ( ) ( ) ( ) 23-25
6. ¿ La identificación del usuario es ?  
     incompleta                      semicompleta                      completa                      ( ) 27

**HISTORIA CLINICA :**

7. ¿ Los antecedentes herodofamiliares están ?  
     anotados                      no anotados                      ( ) 29
8. ¿ Los antecedentes personales no patológicos están ?  
     anotados                      no anotados                      ( ) 31

9. ¿ Los antecedentes patológicos están ? ( ) 39  
 anotados no anotados
10. ¿ Los antecedentes obstétricos están ? ( ) 35  
 anotados no anotados
11. ¿ El padecimiento actual está ? ( ) 32  
 incompleto semicompleto completo

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

12. ¿ Los síntomas generales están ? ( ) 30  
 anotados no anotados
13. ¿ La terapéutica médica empleada está ? ( ) 41  
 anotada no anotada
14. ¿ La inspección general es ? ( ) 48  
 incompleta semicompleta completa
15. ¿ El diagnóstico está ? ( ) 45  
 anotado no anotado

PLAN DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO:

16. ¿ Están solicitados estudios de laboratorio ? ( ) 47  
 si no
17. ¿ Están solicitados estudios de radiodiagnóstico ? ( ) 49  
 si no
18. ¿ Está anotada la terapéutica médica ? ( ) 51  
 si no
19. ¿ Tiene anotado si está citado ? ( ) 53  
 si no



30. ¿Cuál es la congruencia de la impresión diagnóstica con la solicitud de exámenes de radiodiagnóstico ? ( ) 70  
mal regular bien
31. ¿Fue confirmada la impresión diagnóstica con los resultados de laboratorio ? ( ) 79  
confirmada no confirmada
32. ¿Fue confirmada la impresión diagnóstica con los resultados de radiodiagnóstico ? ( ) 80  
confirmada no confirmada
33. ¿Se uso la documentación oficial para solicitar los exámenes de laboratorio y radiodiagnóstico ? ( ) 82  
correcta incorrectamente
34. ¿Existió cambio de impresión diagnóstica según resultados de laboratorio y radiodiagnóstico ? ( ) 84  
sí no

TERAPEUTICA MEDICA :

35. ¿ Se usó el canal oficial (Receta) en la terapéutica ? ( ) 85  
sí no
36. ¿ Es legible la letra de la terapéutica médica ? ( ) 88  
sí no
37. ¿ En el tratamiento se especifica el horario ? ( ) 90  
sí no
38. ¿ En el tratamiento se especifica la dosis ? ( ) 92  
sí no
39. ¿ En el tratamiento se especifica la vía de administración ? ( ) 94  
sí no
40. ¿ En el tratamiento especifica la duración ? ( ) 96  
sí no



49. ¿ Existió alguna forma de confirmación de la mejoría o restauración de la salud anotada en el expediente clínico ? ( ) 214  
 empeoro el padecimiento  
 se complicó el padecimiento  
 mejoró el padecimiento  
 sano no se describe

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA CONFIRMADA :

50. ¿ Fue confirmada la referencia y contrarreferencia por nota médica de envío de su Hospital General de Zona en que fue atendido el paciente ? ( ) 215  
 si no
51. ¿ De qué nivel tiene la nota de envío de su Hospital General de Zona en donde fue atendido ? ( ) 216  
 primer nivel segundo nivel tercer nivel

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

HORARIO DE INICIO

FECHA

FIRMA DEL ENCUESTADOR

HORARIO DE TERMINO

FIERMA DE SUPERVISOR



15. ¿Cuál es tiempo transcurrido entre terminación de servicio social y titulación de la carrera ? ( ) ( ) 65-66

16. ¿ Elaboró tesis ? ( ) 68  
si no

Si contesto (si) que mencione el título que tuvo ésta :

---

17. ¿ Trabajó usted durante el tiempo que estaba realizando sus estudios de licenciatura ? ( ) 70  
si no

18. ¿ Si es que trabajó en que Área fué en donde desempeñó sus labores ? ( ) 72  
salud educación administración otro

19. ¿ Diga usted si esté trabajo que realizó durante la licenciatura interfirió con sus estudios que estaba realizando? ( ) 74  
si no

20. ¿ Mencione en que forma ? ( ) 76  
bajo rendimiento escolar buen rendimiento escolar  
experiencia laboral otros

21. ¿ Menciones cuántos cursos de educación continua realizó antes de ingresar al IMSS ? ( ) 78

NO.	NOMBRE DEL CURSO	AÑO REALIZADO	NO CREDITOS		CONSTANCIA	
			REALIZADO	NO REALIZADO	SI	NO

24. ¿ Realizó usted estudios de posgrado de especialidad antes de ingresar al IMSS ? ( ) 80  
si no

En caso de mencionar (si) diga en qué ramo y año:

---

25. ¿ Realizó usted estudios de posgrado de maestría antes de ingresar al IMSS ? ( ) 02  
si no

En caso de mencionar (si) diga en qué ramo y año:

---

26. ¿ Realizó usted estudios de posgrado de doctorado antes de ingresar al IMSS ? ( ) 04  
si no

En caso de decir (si) diga en qué ramo y año :

---

27. ¿ Mencione los cursos efectuados después de ingresar al IMSS ? ( ) 06

NO	NOMBRE DEL CURSO	AÑO	NO CREDITOS	CONSTANCIA
		REALIZADO		SI NO

---

---

---

---

---

---

28. ¿ Realizó estudios de posgrado de especialidad después de ingresar al IMSS ? ( ) 08  
si no

En caso de decir (si) diga en qué ramo y año :

---

29. ¿ Realizó estudios de posgrado de maestría después de ingresar al IMSS ? ( ) 00  
si no

En caso de decir (si) diga en qué ramo y año:

---

30. ¿ Realizó estudios de posgrado en doctorado después de ingresar al IMSS? ( ) 02

si no

En caso de decir (si) diga en qué ramo y año:

\_\_\_\_\_

31. ¿ Pertenece a una (s) sociedades médicas ? ( ) 04

si no

En caso de de decir (si) menciónelas :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. ¿ Mencione usted a cuántas revistas médicas está inscrito ? ( ) 06

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

33. ¿ Mencione cuántas revistas médicas consulta ? ( ) 08

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

34. ¿ Mencione con qué periodicidad lee artículos de las revistas médicas que consulta ? ( ) 100

días semanal quincenal mensual +6 meses

35. ¿ La biblioteca a la que usted acude a consultar está en ? ( ) 102

Unidad Fuera de la unidad IMSS Otra

36. ¿ Mencione y enumere los cursos que ha impartido ? ( ) 104

NO	NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCION	AÑO
----	------------------	-------------	-----

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37. ¿Mencione y enumere las investigaciones realizadas publicadas y no publicadas ? ( ) 100

NO	NOMBRE DE LA INVESTIGACION	INSTITUCION	AÑO

38. ¿Mencione y enliste los trabajos publicados que tenga hasta la fecha ? ( ) 100

NO	NOMBRE DEL TRABAJO PUBLICADO	REVISTA	AÑO

39. ¿ Es o fué profesor de una institución educativa, mencione y enumere la asignatura y el año ? ( ) 110

NO	INSTITUCION	CURSO IMPARTIDO	AÑO

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

HORA DE INICIO Y TERMINO

FECHA

FIRMA DEL ENCUESTADOR

HORARIO DE TERMINO

FIRMA DEL SUPERVISOR

No. 12a

Tultitlán, Estado de México, a 22 Octubre de 1991.

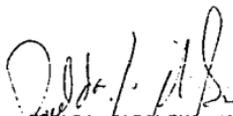
DRA. PATRICIA VINIEGRA RAMIREZ.  
JEFE DE LOS SERV. MEDICOS DEL  
ESTADO DE MEXICO DEL IMSS.  
P R E S E N T E .



AT'N. DRA. BLANCA ZETINA.  
Jefe Enseñanza e Inv.

Por medio de la presente me dirijo a usted, para solicitar de la manera más atenta, se me otorgue el permiso para aplicar el instrumento de levantamiento de datos para la terminación de la -- Tesis sobre: EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA DE -- LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR EN LOS SERVICIOS DE SALUD, de las Unidades de la Zona Tlalnepantla del I.M.S.S., para que -- cada Directivo, me de su apoyo incondicional para llevarlo a -- efecto y tener una terminación eficiente, de acuerdo a los reglamentos y estatutos que la División de Posgrado de la Escuela -- Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala, U.N.A.M. establece.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para -- enviarle un cordial saludo.



DRA. ARNELA CAROLINA SALINAS MONTOYA  
MATRICULA: 6515878  
Alumna de la Maestría e Inv. de  
Servicios de Salud.

MEMORANDUM INTERNO

Al DR. FELIPE DE LA MATA HOMS  
COORD. DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE HOSPITALES  
ZONA TLALNEPANTLA  
Del JEFE DELEGACIONAL DE SERVICIOS MÉDICOS

Ref. J.S.M. ENS. 23.1/1247/91

Fecha 11 DE DICIEMBRE DE 1991

"FOMENTAMOS NUESTRA SALUD"

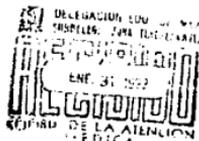
Asunto:

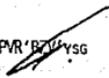
POR MEDIO DEL PRESENTE INFORMO A USTED QUE SE HA AUTORIZADO A LA DRA. MELBA CAROLINA SALINAS MONTOYA, MATRÍCULA 6515878, ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 57 "LA QUEBRADA"; LA CUAL ESTÁ CURSANDO LA MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA QUE APLIQUE EN LAS UNIDADES A SU CARGO TRES INSTRUMENTOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS A NIVEL DE CONSULTA EXTERNA, CON EL PERSONAL MÉDICO USUARIO Y EXPEDIENTE CLÍNICO, DE CADA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA SUBDELEGACIÓN TLALNEPANTLA, A FIN DE CONCLUIR LA TESIS "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR EN LOS SERVICIOS DE SALUD".

POR LO QUE RUEGO A USTED DE NO EXISTIR INCONVENIENTE SE LE APOYE EN LOS TRÁMITES A LOS QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE

  
DOCTORA PATRICIA VINTEGRA RAMÍREZ



  
PVR/BVP/YSG

SEPE - DIRECCION ALTA SALUD - UNIDAD 1000

16 DE DICIEMBRE DE 1991

"FOMENTEMOS NUESTRA SALUD"

- Dra. DIONA OLIVERA SUZANO  
DIRECTORA U.M.F. # 59
- Dr. ROBERTO FLORES VILLENA  
DIRECTOR U.M.F. # 62
- Dra. CLEENCIA HERNANDEZ RAMIREZ  
DIRECTORA U.M.F. # 74
- Dra. LUCAS NOBLES  
DIRECTOR U.M.F. # 95
- Dra. MARCELA GONZALEZ  
DIRECTORA U.M.F. # 73
- Dra. ROSA MARÍA LANGIER VELÁZQUEZ  
DIRECTORA U.M.F. # 52
- Dr. JOSÉ LUIS PÉREZ Y VÁZQUEZ  
DIRECTOR U.M.F. # 157
- Dr. ESTEBAN DEL ROSARIO MORALES  
DIRECTOR U.M.F. # 109
- Dr. FERNANDO CAVILLI BARNABETT  
DIRECTOR H.G.O.F. 60

CON FECHA DEL PRESENTE MEMORANDUM A USTED QUE SE HA AUTORIZADO A LA DRA. IMELDA SUZANO SUZANO (C.I. 1000) A LA 03578, ASOCIADA AL HOSPITAL GENERAL DE COA # 37 "LA OPERATIVA" LA CUAL ESTÁ CURSANDO LA MAESTRIA DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA QUE REALICE EN LA UNIDAD A SU DEBER CARGO TRES INSTRUMENTOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS A NIVEL DE CONSULTA EXTERNA CON EL PERSONAL MÉDICO USUARIO Y EXPEDIENTE CLÍNICO DE CADA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA SUBDELEGACIÓN TULAMPANTLA, A FIN DE CONCLUIR LA TESIS "SITUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR EN LOS SERVICIOS DE SALUD".

POR LO QUE RUEGO A USTED DE NO EXISTIR IMPEDIMENTO SE LE APOYE EN LOS TRABAJOS QUE LE SEYAN DEBIDA.

ATENTAMENTE

DOCTORA PATRICIA VINIEGRA RAMÍREZ

*Handwritten signatures and notes:*

- Patricia Viniegra Ramírez* (signature)
- 10/12/91*
- 10-11-92*
- U.M.F. # 75*
- U.M.F. # 75*
- 18/11/91*
- 255*
- PVR/TZV*
- 10-11-92*
- 18/6*
- 18/11/91*
- 10/11/91*



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

No. 13a.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA-UNAM  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Los Reyes Iztacalá 16 de octubre de 1991

DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ  
Jefe de la División de  
Estudios de Posgrado,  
P r e s e n t e :

Por medio de la presente informo a usted que doy mi voto aprobatorio -  
para registro de tesis del protocolo de investigación: EVALUACION DE LA CALI-  
DAD DE LA ATENCION MEDICA DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR -  
EN LOS SERVICIOS DE SALUD, presentado por la alumna Dra. Imelda Carolina -  
Salinas Montoya con número de cuenta 7124206-4, el cual ha sido revisado y se-  
guirá siendo asesorado para la eficiencia de terminación con los requerimientos -  
que posgrado establece.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un  
cordial saludo.

A t e n t a m e n t e ,  
"POR EL RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

DR. LUIS MANUEL ESTRADA GUBERRERO  
Coordinador de la Maestría en Investigación de  
Servicios de Salud



No. 13b.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA  
DIVISION DE POSGRADO  
MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

Los Reyes Iztacala, México, D.F., a 18 de Sep. 91.

M. en C. Javier Nieto.  
Jefe de la División de Estudios  
de Posgrado.

Por medio de la presente comunico a usted que la alumna, IMELDA CAROLINA SALINAS MONTOYA, ha presentado a mi consideración Protocolo de Investigación, con el Título:

" EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA DE LAS UNIDADES DE  
MEDICINA FAMILIAR EN LOS SERVICIOS DE SALUD"

Para su registro, como TEMA DE TESIS., el cual cumple con todos los requisitos académicos y de investigación para la Maestría en Investigación de Servicios de salud.

Agradeciéndole de antemano sus finas atenciones que tenga a la presente, envío a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

" Por Mi Raza Hablaré el Espíritu"

---

Dr. Pablo C. Rodríguez Mendoza.  
Profesor de la M.I.S.S.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

No. 13 c.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA  
DIVISION DE POSGRADO

MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

Los Reyes Iztacala, México, D.F., a 20 de sep. 1991.

M. en C. Manuel Estrada.  
Coordinado de la Maestría en  
Investigación de Servicios de salud.

Por medio de la presente comunico a usted que la alumna, Dra Imelda Carolina Salinas Montoya, ha presentado a mi consideración Protocolo de Investigación, con el Título:

"EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR EN LOS SERVICIOS DE SALUD".

Para su registro, como TEMA DE TESIS., el cual cumple con todos los requisitos académicos y de investigación para la Maestría en Investigación de Servicios de Salud.

Agradeciéndole de antemano sus finas atenciones que tenga a la presente, envío a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

"Por Mi Raza Hablará El Espíritu"

MISS Ana Luisa Celis-González Rangel  
Profesora de la MISS

No. 13.d.

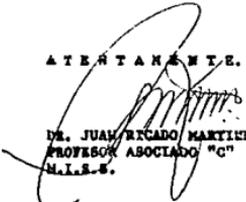
Los Reyes Ixtacala, Tlalnepantla Edo. de México., a 23 de Septiembre de 1991.

DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ  
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS  
DE POSTGRADO E.M.E.F. IXTACALA -U.N.A.M.  
P R E S E N T E.-

Me permito distraer su atención para manifestar a usted que hemos revisado el tema de tesis "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica de las Unidades de Medicina Familiar en los Servicios de Salud", que presenta la M.C. Imelda Carolina Salinas Noutoya, alumna del 3° semestre de la Maestría de Investigación de los Servicios de Salud en cumplimiento de los procedimientos para el registro de tema de tesis propuestos por esa División de Postgrado a su digno cargo, así como nuestro voto aprobatorio para dicho tema, el cual llena los requisitos solicitados. Asimismo consideramos que a las mejoras académicas - propuestas a la alumna han sido llevadas a cabo en su oportunidad.

Se extiende la presente para los trámites a que haya lugar y para los fines - que a la alumna convengan, a los veintitres días del mes de septiembre del - año de mil novecientos noventa y uno.

A T E N T A M E N T E.



DR. JUAN RICARDO MARTINEZ ORTEGA  
PROFESOR ASOCIADO "C"  
M.I.E.S.

C.c.p. Dr. Manuel Estrada - Jefe de la Maestría de Investigación de los Servs.  
de Salud de la E.M.E.F. Ixtacala - U.N.A.M.  
C.c.p. Interesada

DR. JERMO'...

$$t = r_p \sqrt{N-2} / 1 - r_p^2$$

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

$$\sum s_i^2 = \sum p_i q_i$$

$$r_{c,n} = 2r_p / 1 + r_p$$

$$s = \sqrt{s^2}$$

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N-1} = \left( \frac{\sum_{i=1}^N x_i^2}{N} \right) - N \bar{x}^2 / N-1$$

$$E.E. = s / \sqrt{N}$$

$$K R_{20} = [M/M-1] [s_1^2 - \sum s_i^2 / s_1^2]$$

$$F = \frac{MS\{W\}}{MS\{G\}} = \frac{SS\{W\}/k-1}{SS\{W\}/N-k} \cdot \frac{\left\{ \frac{k}{\sum_{i=1}^k \left( \frac{N}{N} \right)^2} \right\} / N - \left\{ \frac{N}{\left( \frac{N}{N} \right)^2} \right\} / N}{\sum_{i=1}^k s_i^2 - \left\{ \frac{N}{\left( \frac{N}{N} \right)^2} \right\} / N - k}$$

$$r_p = \frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\left[ \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2 \right] \left[ \sum_{i=1}^N (y_i - \bar{y})^2 \right]}}$$

$$s_1^2 \left\{ \sum_{i=1}^k s_i^2 / N \right\} - \left\{ \left( \sum_{i=1}^k s_i \right)^2 / N \right\}$$

$$r = \sqrt{SS\{W\} / SS\{T\}}$$

$$r = \sqrt{SS\{W\} - |k-1| MS\{W\} / SS\{T\} + MS\{W\}}$$

$$r(m) = \int_0^{\infty} x^{m-1} e^{-ax} dx = (m-1)!$$

$$s = \sqrt{\{(k-1) F_{m-1, m} \} [MS\{W\} \sum_{j=1}^k \{c_j\}^2 / n_j]}$$

$$P(x) = \left( \frac{1}{F} \frac{\Gamma\left(\frac{N+D}{2}\right) \Gamma\left(\frac{N}{D}\right)^{N/D}}{\Gamma\left(\frac{N}{D}\right) \Gamma\left(\frac{D}{D}\right)} \right) \left( \frac{x^{N/D} - 1}{1 + (N/D)x} \right)^{N+D/2}$$

$$K = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 / n}{S_x^2}$$

$$S_x = \sqrt{\frac{\sum x^2 - \left[\left(\sum x\right)^2 / N\right]}{n-1}}$$

$$\hat{v} = b_1 x_i + b_0$$

$$e = y_i - \hat{v}_i$$

$$Md = \frac{N}{2}$$

$$A = \frac{N \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{S_x^2}$$

$$S_x^2 = \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2$$

$$\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}) (y_i - \bar{y})$$

- ACESESIBILIDAD:** La ausencia de todo tipo de barrera (geográfica, financiera, culturales, lingüísticas, etc.) para que la comunidad pueda utilizar servicios de salud disponibles en forma oportuna.
- ACEPTACION:** Satisfacción de la población en relación a los servicios.
- ACREDITACION:** Método de evaluación que se basa en el proceso de certificación de una institución cuando cumple los requisitos básicos preestablecidos de instalaciones, equipos, dotación de personal adiestrado y otros aspectos.
- ACTITUD:** Concepto que guía pensamientos, sentimientos y comportamientos hacia un objetivo particular.
- ACTIVIDAD:** conjunto de tareas organizadas para alcanzar una parte o todo el objetivo de un determinado componente de un programa.
- ADMINISTRACION:** Práctica de acciones sobre un proceso que pretende lograr metas y objetivos de la organización mediante el empleo eficiente de recursos de diversos índoles a saber: humanos, financieros, materiales, tecnológicos, etc.
- ADMINISTRACION DE ATENCION A LA SALUD:** Comprende la investigación social, el análisis situacional, la planificación, el proceso y la evaluación de recursos, funciones y procedimientos para satisfacer o restablecer las necesidades o demandas de salud mediante la prestación de servicios a la comunidad u organizaciones o a niveles individuales.
- ADMINISTRACION SITUACIONAL:** Lo que intenta integrar todos los enfoques anteriores (Clásico, burocrático, neoburocrático, institucional, de relaciones humanas, de sistemas, de elección pública) en un híbrido. Su punto de vista es como se inicia el problema, cuál ha sido su desarrollo discrecional hasta llegar al momento actual. Procura conocer cada una de las variables independientes y relacionadas con leyes, teorías o conceptos.
- AGENTE DE CAMBIO:** Un individuo o grupo encargado de implementar e implementar el cambio en estos casos relacionados con problemas de salud.
- ALGORITMO:** Proceso lógico del pensamiento que conduce a la solución de un problema. Se refiere a una prestación general e hipotética que guía las acciones dentro de un campo teórico específico, se inicia con un análisis del asunto y señala los pasos sucesivos para su desarrollo.
- ANALISIS DE SISTEMAS:** La revisión sistemática, ordenada y coherente de las funciones de un sistema, utilizando métodos racionales apoyados por técnicas cuantitativas.
- APTITUD:** Una disposición y capacidad para aprender.

**ATENCIÓN MÉDICA:** Es el proceso que tiene relación con la enfermedad desde su prevención cuando es posible, o si no lo fuera, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación.

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:** Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. Además forma parte integral tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando a cabo o sea posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

**AUDITORIA MÉDICA:** Es un método de evaluación retrospectiva del contenido de la atención médica a través del análisis de las historias clínicas. Parte del supuesto que existe correlación entre calidad de la historia clínica y calidad de la atención médica. Exige como prerequisite la existencia de un sistema de información de registros médicos aceptable y de un cuerpo médico motivado. Hay dos tipos internos y externos.

**CALIDAD:** Grado de conformidad, similitud o concordancia entre dos situaciones: a) la situación que ocurre en la realidad o situación estudiada, versus b) la situación deseada a ocurrir y que ha sido predichida, preestablecida en el estándar o en la norma.

**CALIDAD DE DECISIÓN:** El factor objetivo e impersonal de la decisión.

**COBERTURA:** El número y/o porcentaje de población que recibe servicios de salud.

**COEFICIENTE DE CORRELACION:** Medida del grado de relación o de armonía, entre dos conjuntos de medidas del mismo grupo de individuos. El más usado es el conocido como de Pearson (paralelismo) que va de 0.00 que denota una completa ausencia de relación, hasta 1.00 que denota una perfecta correspondencia y que puede ser negativa o positiva.

**COMUNIDAD:** Una agrupación relativamente pequeña de quince ciudades alrededor de residencias individuales o de lugares de trabajo y basadas en pautas o patrones de interacción distintos.

**CONCEPTO:** Construcción que expresa las relaciones lógicas entre fenómenos, lo cual permite el análisis experimental.

**CONDICIONES DEL OBJETIVO:** Son las condiciones en que se va a realizar la ejecución para el logro de objetivos.

**CONFIDABILIDAD:** Capacidad de una prueba para demostrar consistencia y estabilidad en las puntuaciones.

**CONOCIMIENTO:** La certeza de que los fenómenos son reales y que poseen características específicas identificables.

**CONTROL:** El medio por el cual una organización intenta asegurar que sus operaciones se lleven a cabo de acuerdo con los planes elaborados para alcanzar los objetivos.

**CONTROL DE CALIDAD:** Sistema para controlar las ejecuciones y habilidades de las personas a la altura de las normas establecidas.

**CONSULTA MEDICA:** La atención brindada por un profesional médico en un consultorio externo o en el domicilio de un paciente.

**CREATIVIDAD:** Es la reflexión intuitiva de cosas prohibidas en una expresión simbólica.

**CRITERIO:** Un patron o "test" previamente establecido por el cual se evalúa el comportamiento terminal.

**CUARTIL:** Uno de los tres puntos que dividen los pesos de una distribución de cuatro grupos iguales.

**CULTURA:** Son los rasgos, implementos, creencias y prácticas que caracterizan a un claro grupo de personas.

**CURRÍCULO:** Es el conjunto de estructuras y actividades racionales y sistemáticas con que se organiza el proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiante, el cual permite establecer las prioridades y secuencias que deberán experimentar para alcanzar las conductas observables deseadas.

**CURVA DE GAUSS, CURVA NORMA:** Se caracteriza porque, dados el promedio y la desviación estándar, es posible reconstruirla toda y predecir el área que existe bajo cualquier segmento de ella.

**DECI:** Cualquier de los nueve puntos percentilares (puntaciones) de una distribución hecha en diez partes iguales.

**DECISION:** La elección entre alternativas donde el pronóstico del resultado se debate entre certidumbre, riesgo o incertidumbre; se basa en procesos mentales racionales, empíricos y/o la intuición.

**DEMANDA:** Lo que se pide por autoridad o lo que se reclama como un derecho.

**DERECHO:** Un valor que la persona reclama como propio presupone un elemento de autoconciencia en un pensamiento racional.

**DESARROLLO ORGANIZACIONAL (PSICOLOGIA SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES):** Enfoca del campo de la administración, el cual se concentra en aspectos conductuales tales como integración grupal, roles, motivación y conflicto, liderazgo y poder, cultura y política, comunicación y "feed-back", resistencia al cambio, tareas de desarrollo de organizaciones, etc...

**DESVIACION ESTANDART:** Medida de la variabilidad o dispersión de un conjunto de puntaciones.

**DIAGNOSTICO:** En medicina, proceso de reconocimiento de la presencia y características de una enfermedad por sus signos y síntomas, o de llegar a una conclusión acerca de la condición encontrada.

**DESEO DE INVESTIGACION:** Las categorías generales y totales que describan las condiciones bajo las cuales recolectar, presentar, analizar la información para cumplir con el propósito del estudio.

**RESPONSABILIDAD:** La presencia de infraestructura física y de potencial humano para la provisión de servicios personales de salud.

**EFICACIA:** El logro de los objetivos sin reparar en el costo, sin tomar en cuenta los recursos, pero organizando cuatro determinantes: producción, satisfacción, adaptación y desarrollo.

**EFICIENCIA:** La racionalización del grado para aumentar el ingreso, o sea, la diferencia máxima posible entre dos conceptos por un lado un término económico y el otro una característica del proceso de producción.

- ENCUESTA:** Método de investigación con el cual se miden las opiniones de un vasto número de personas.
- ENFOQUE DE SISTEMAS:** Es un enfoque tipo "gestal" al cual intenta entrar al todo con todas sus parte inter-relacionadas e independientes en su acción.
- ENTRADA:** Cualquier elemento que se toma del ambiente y que entra al sistema para ser empleado o transformado en salida de sistemas.
- EQUIDAD:** La notación de compartir los beneficios y las responsabilidades de una sociedad en forma proporcional a las necesidades y capacidades de la población (cuando un trato igual a los que tienen las mismas necesidades y capacidades).
- ERROR STANDARD:** Consiste en la desviación estándar de la distribución de promedios muestrales.
- ESCALA DE VALORES:** Es una serie graduada de criterios o puntos de referencia utilizada como patrón para mediciones, valoraciones o clasificaciones.
- ESCALA NOMINAL:** Es aquella escala de medición que establece grupos de acuerdo con la presencia o ausencia de un atributo o característica.
- ESCALA NOMINAL DICOTOMICA:** Es aquella que tiene dos posibilidades únicamente.
- ESCALA NUMERICA:** Es aquella que no sólo es posible establecer un orden dentro de las observaciones que también es posible de conocer la distancia o grado que separa unas de otras.
- ESCALA NUMERICA CONTINUA:** Aquella que en el atributo permite graduaciones intermedias de una etapa a la siguiente, es, que existen graduaciones intermedias.
- ESCALA NUMERICA DISCRETA:** Aquella en que el atributo se presenta en forma íntegra de una etapa a la siguiente, sin que existan graduaciones intermedias.
- ESCALA ORDINAL:** Es aquella escala de medición que permite establecer un orden.
- ESTADISTICA:** Recolección de datos numéricos sistemática que es necesaria para los programas de salud.
- ESTADISTICAS DESCRIPTIVA:** Aquella que resume las propiedades de un conjunto de datos sin inferir de la muestra a la población.
- ESTADO:** Conjunto de instituciones político-económicas que sirven para gobernar una nación o un país.
- ESTRUCTURA:** La relación legítima y racional de recursos humanos y materiales coordinados formalmente a través de jerarquía, autoridad, división del trabajo, especialización procedimientos estándares y comunicaciones hechas el cumplimiento de ciertas metas, propósitos y objetivos conocidos y aceptados.
- ESTRUCTURA DE SISTEMAS:** La que considera que cada organización depende de su entorno para obtener los recursos necesarios para funcionar por lo que lo externo es alguna forma influye en lo interno.
- ETICA:** La disciplina que fija las leyes ideales que los humanos deben cumplir en relación a los que debe ser, haga el bien y el mal explicando las razones de ese juicio.
- EVALUACION:** Es el proceso de comparación, entre valores observados y valores esperados establecidos previamente desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo en un período de tiempo.
- FRECUENCIA:** El número de veces que aconteció un elemento durante un ciclo.
- GRUPO:** Número relativamente pequeño que interactúan entre sí.
- HABILIDAD CONCEPTUAL:** La que permite comprender la complejidad de la organización en su totalidad y sus objetivos.

**HABILIDAD HUMANA:** la que permite poder trabajar con, para y a través de la gente.

**HABILIDAD TECNICA:** La que permite las variadas comunicaciones, métodos, técnicas y equipos que apoyan la función administrativa en forma integrada y oportuna, dirigida a tareas específicas.

**HIPOTESIS:** Una afirmación específica de relación entre dos o más variables, basada en un marco de referencia conceptual.

**INDICADOR:** Fenómeno observable o perceptible que pone en evidencia otro fenómeno que no son inmediatamente apreciables.

**INDICE:** Número comparado por otros dos más o números o indicadores que permitan una expresión en forma sencilla, la cual puede ser tomada como estándar para ser comparada con la realidad.

**INDICE DE EVALUACION CUALITATIVA DE HISTORIAS CLINICAS:** Consiste en hallar la relación entre un grado de calificación dado de las historias clínicas y al número total de éstas. Los grados de calificación son variables y están sujetos a distintos criterios, lo cual limita la comparabilidad entre distintas instituciones si no adoptan una misma norma. Por lo que permite y se dice que no es posible ni necesario evaluar el 100% de las historias clínicas, por lo que basta con una muestra representativa de ellas.

**INDICE DE EVALUACION CUANTITATIVA DE HISTORIAS CLINICAS:** Consiste en hallar la relación existente entre el número de historias clínicas completadas y al número de historias clínicas realizadas. Este indicador asegura que el 100% de las historias clínicas se confeccionen de una manera completa, para lo cual es necesario normar el criterio de que se entienda por historia clínica "completa".

Porcentaje de historias/Clinicas completadas =  $N_2$  de hist. clín. completadas / Total de historias clínicas  $\times 100\%$

**INFRAESTRUCTURA:** Todo aquello que hace posible el proceso de producción.

**INPUT:** Entrada. Aquello que se convierte en sujeto del sistema o al material sobre el cual opera el sistema.

**INTERACCION:** Damos caso en los cuales los efectos de una variable independientemente sus causas o dependen de otra.

**INVESTIGACION:** Método sistemático para obtener nuevos conocimientos al cual puede ser verificable y generalizable más allá de la muestra estudiada.

**INVESTIGACION EVALUATIVA:** Es la que propone lo que se debe hacer.

**INVESTIGACION OPERATIVA:** La que se refiere a lo que se puede hacer.

**INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD:** Aquella que se relaciona con el desarrollo y fundamentación de instituciones sociales que tienen responsabilidad en el bienestar de la población respecto al proceso de salud-enfermedad. Es sistemática y evaluativa de aquellos factores específicos que tiene un gran impacto sistémico porque se hacen en momentos definidos, sobre los momentos relevantes e interrelacionados, evaluativa en términos de incidencias, demandas, procesos de uso, prioridades, viabilidad de programas, disponibilidad, acceso, aceptación, costos, calidad, en fin, todos aquellos rubros que en un país o institución, tiene una significación de los resultados.

**ISOCRONA:** En atención médica, la posibilidad de que la población según el modo de transporte que utilizan, pueda llegar al sitio en el que recibirán atención en un tiempo que sea igual o cuando menos similar, para todos.

**LEY:** Aquello que está dictado, ordenado y establecido.

**LIDERAZGO:** Habilidad de una persona de inducir a los seguidores a trabajar juntos con confianza y celo en tareas que al líder establece.

**MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL:** Es el uso de uno o más conceptos como exposición razonada de justicia o apoyo la selección del problema en estudio. Cuando se usa un concepto, la discusión del componente o de las ideas conectadas entre sí dentro del sistema forman el marco de referencia conceptual, cuando se usan dos o más conceptos juntos y vinculados para explicar el asunto.

Creación de investigación, entonces los conceptos relacionados con el problema forman el marco de referencia conceptual.

**MEDIA O MEDIA ARITMETICA:** Promedio aritmético de un conjunto de puntuaciones. Para calcular la media se suman todas las cantidades y luego se dividen entre el número de puntuaciones de que consta el conjunto.

**MEDIANA:** Punto medio del grupo.

**MEDICINA:** Arte y ciencia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento de la salud.

**MEDICINA CLINICA:** Estudio de las enfermedades junto al hecho del enfermo, se funda en los síntomas y signos recogidos de éste.

**MEDICINA FAMILIAR:** Especialidad médica que se preocupa de la planificación y prestación de atención de atención primaria total de todos los miembros de la familia, de cualquier edad o sexo, en una base continua.

**MEDICION DE OBJETIVOS:** Un proceso por el cual se establece una relación de correspondencia entre un conjunto o serie de números y otro de personas u objetos según normas establecidas.

**META:** El resultado cuantificable esperado del número de actividades que deben realizarse como parte de un determinado componente en un programa en un plazo de tiempo.

**METODO:** Del griego metas fin y odo = camino. Daba subordinarse a los conceptos, condiciones y límites de su validez y no constituirse en el punto de partida, pues solo se puede ir a seleccionar primero el punto antes de hablar.

**MODA:** La puntuación que ocurre más frecuentemente en una distribución de puntuaciones.

**MODELO:** La duplicación de una realidad empírica o de una teoría científica con la que guarda igualdad de formas.

**MODELO CONCEPTUAL:** Aquel que expresa una idea general de la situación, gracias a la selección de hechos que se ordenan según conceptos establecidos acerca del fenómeno social que se estudia.

**MODELO DE SISTEMAS:** Se basa en la teoría general de sistemas y pone énfasis de en el hecho de que en un sistema social todos los elementos cambian cuando se actúa sobre uno de ellos.

**MODELO MATEMATICO:** Abstracción en que las relaciones existentes entre las variables se expresan en términos matemáticos.

**MUESTRA:** Grupo específico de personas como o eventos incluidos en el estudio de investigación. Debe representar o ser característico de la población de la cual se extrae, además del tamaño depende del tema de investigación, de la población que se usa y del propósito del estudio.

**MUESTREO:** Es la prctica de la selecci3n de una pequea parte del grupo total a considerar, con la finalidad de deducir al valor de una o varias caractersticas del grupo.

**MUESTREO NO PROBABILISTICO:** Cuando los elementos que entran en la muestra no son seleccionados mediante el azar, sino conforme a criterios deliberadamente establecidos.

**NECESIDAD:** Todo aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir; o bien es la falta de las cosas que son necesarias para la conservaci3n de la vida.

**NIVELES DE ATENCI3N:** Gradaci3n de la atenci3n que se hace en el tipo de problema y de recurso de atenci3n necesaria. En un enfoque funcional un primer nivel que es la persona y la familia, puede resolver una serie de problemas r3gicos de diversa jndole.

**NORMA:** Regla o pauta de atenci3n.

**OBJETIVO:** El enunciado de un resultado unívoco, claro, preciso, factible y medible que se tiene una vez que ha terminado el proceso.

**OBJETIVO ESPECIFICO:** El que establece la conducta en un grado m3s especfico.

**OBJETIVO OPERATIVO:** Aquel en que el resultado se expresa mediante un verbo mediante una sola acci3n de tal forma que no se confunda con otra interpretaci3n.

**OPTIMIZACION:** T3rmino utilizado en la administraci3n para sealar al logro de la mayor cantidad posible en las relaciones existentes entre las variables, objetivos, y restricciones del problema.

**ORGANIGRAMA:** Una representaci3n gr3fica de la estructura u organizaci3n formal de una empresa, indicando las l3neas de autoridad, responsabilidad y coordinaci3n.

**ORGANIZACION:** El desarrollo de cada uno de los planes al cual es el producto de las acciones que se han llevado a cabo a partir de los prop3sitos, objetivos, pol3ticas y estrategias.

**OUTPUT:** Salida.

**PARADIGMA:** Una matriz disciplinaria, matriz porque se compone de varios elementos diferentes, cada uno de los cuales requiere de especificaci3n disciplinaria, porque se refiere a la prctica com3n en los que la prctica de una disciplina ordenada, l3gica y progresiva.

**PLAN DE ESTUDIOS:** El conjunto de actividades formales que provee una instituci3n para lograr el aprendizaje del alumno.

**POBLACION:** Universo de personas, cosas, eventos. En tareas de investigaci3n la poblaci3n tiene caracter3sticas espec3ficas y act3n como base para la selecci3n de la muestra.

**PODER:** Habilidad de actuar, es la fuerza o la energ3a que hace posible los objetivos y algunas ocasiones imponer sus deseos a otros.

**POLITICAS:** Gu3as o pautas directrices que orientan la acci3n.

**PROBLEMA:** Un estado de insatisfacci3n entre individuos o grupos, esta hecho real de la naturaleza, presentes o anticipados, que no permiten alcanzar un cambio deseado o prop3sito.

**PROBLEMA DE INVESTIGACION:** Descripci3n y discusi3n l3gica de la situaci3n, idea, concepto, o teor3a que indica el estudio, aduce provee un marco de referencia para el prop3sito, sujetos y lugares de estudio en un contexto de investigaci3n relacionada y de pensamiento.

**PROYECTACION** Descripción clara y precisa de pasos sucesivos o intervenciones, generalmente expresados cronológicamente que se apoye en las políticas para lograr el objetivo.

**PROCESO** Forma o manera como un sistema transforma los insumos en salidas.

**PROGRAMA** Un conjunto organizado de servicios, actividades y proyectos de desarrollo dirigidos al logro de objetivos definidos.

**PROGRAMACION DE SALUD DE PAIS** Es la identificación sistemática de problemas prioritarios de salud en el país, la especificación de objetivos operacionales para la solución de estos problemas y la formulación de programas consistentes en la interrelación de múltiples actividades, recursos, tiempo y organización requeridos para el logro de estos objetivos.

**PROYECTO** medida de tendencia central los más frecuentes son: media, mediana y moda.

**PROPOSITO** La declaración sobre qué se intenta realizar, dónde se va hacer, a quién va afectar.

**REGION** Es una zona geográfica de un país a la cual es objeto de planificación para desarrollo socioeconómico para propósitos específicos de atención a la salud.

**REGIONALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD** La organización de los servicios de salud para la población que habita dentro de una demarcación geográfica (región) a fin de que los servicios que se ofrecen sean de la más alta calidad de acuerdo con los recursos existentes. Como método la regionalización requiere coordinar o integrar los servicios de manera que éstos funcionen como un sistema único, articulado, y de complejidad graduada.

**REGISTRO MEDICO O HISTORIA CLINICA** Documento que contiene toda la información relativa a la salud de un paciente, sus alteraciones y evolución. Esta información permite identificar claramente al paciente, justificar el diagnóstico y el tratamiento y documentar los resultados con exactitud. El documento está básicamente estructurado según las fuentes de información y ordenado habitualmente de acuerdo con el personal que constituye la fuente de los datos: personal de administración, notas del médico, notas de la enfermera, notas de la asistencia social, información de laboratorio, Rx, archivo, farmacia, etc.

**RIESGO** Cambio en salud que una decisión lleva a una serie de posibles resultados, cada uno de los cuales ocurre con una probabilidad asociada.

**SALIDA** Los productos de un sistema, los resultados o el fruto de los procesos utilizados por el sistema.

**SALUD** existen múltiples conceptos de lo que es la salud que están en razón de la cultura de la población, la educación, de los proveedores de servicios y los intereses de las autoridades.

**SEGURIDAD SOCIAL** Sistema de prestaciones sociales económicas y sociales financiado por los trabajadores, los empresarios y el estado para proteger a al individuo y a su familia de los riesgos de la indigencia, la ignorancia, enfermedad, vejez, la vejez y la ociosidad, es decir, una protección integral al ser humano ayudando a lograr una distribución más justa de la riqueza y a elevar los niveles de vida de la población en aspectos sociales, económicos y culturales.

**SERENDIPITY** La facultad de hacer descubrimientos deseables por accidente.

**SERVICIOS CURATIVOS:** Son los servicios encuadrados del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades orgánicas o mentales que son consecuencia de exposición o riesgo biológicos o físicos que son dañinos para el hombre.

**SERVICIO BASICO DE SALUD:** Una red de unidades de salud periféricas inmediatas y centrales coordinadas, dotadas de personal profesional y auxiliar competente, capaz de realizar efectivamente un grupo seleccionado de funciones esenciales que vive en el área.

**SERVICIOS DE SALUD:** Un sistema permanente de instituciones establecidas, cuyos objetivos múltiples son afrontar las variadas necesidades de salud y demandas de la población y en consecuencia, proveer atención de salud a los individuos y a la comunidad.

**SERVICIO NACIONAL DE SALUD:** Un sistema de servicios de salud que se extiende, como un derecho para cubrir la población nacional entera o muy cercana a ello.

**SESCO:** Cuando la desviación acerca del valor real tiene una tendencia sistemática.

**SIGNIFICACION:** Lo que reúne los criterios de importancia y pertinencia.

**SISTEMA:** Un todo organizado y complejo integrado por elementos que se relacionan directa o indirectamente, para dar un resultado que es diferente a la simple suma de sus partes. Los elementos pueden ser conceptos, objetos o sujetos.

**SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD:** Un mecanismo para la recolección, análisis y distribución de información y estadísticas de salud requerido para permitir a los planificadores de salud al determinar prioridades y ayudarlos a decidir cómo satisfacer necesidades prioritarias particulares y, finalmente permitir a los administradores de sistemas, instituciones y servicios de salud alcanzar sus logros.

**SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD:** Todas aquellas actividades formales e informales centradas en la provisión de servicios de salud para una población dada y la utilización de tales servicios para la población.

**SOLUCION DE PROBLEMAS:** En informática, proceso de búsqueda destinado a pasar de un estado inicial a otro final.

**SUB-SISTEMA:** Una parte de un sistema para el desempeño de una o más funciones dentro del sistema.

**SUPERVISION:** Directivos y orientaciones dadas a uno o más individuos que ejecutan, trabajos y operaciones asignadas.

**TEORIA DE SISTEMAS EN ADMINISTRACION:** Enfoque de administración que expone a) que una organización es un sistema de unidades (departamentos, divisiones, etc.) que interactúan una con otra y dependen una con otra parte al trabajo y la supervisión, y b) que una organización es un sistema abierto que interactúa con el ambiente externo y depende de él.

**TEORIA DE LA ORGANIZACION:** Es el estudio sistemático de la estructura y de las funciones de la organización y la conducta de grupos e individuos que actúan en ella.

**TEST:** Instrumento dispositivo forma o medio que, por su naturaleza, facilita de alguna forma la evaluación o medición.

**TRABAJO DE EQUIPO:** Un método de trabajo hacia una meta u objetivo común lo cual permita a varias personas hacer el mismo uso de sus cualidades mediante la combinación de sus destrezas y experiencias.

**TRASCENDENCIA:** Referida a investigación, es la extensión de los resultados a otras áreas de interés, a diversos grupos sociales o a efectos económicos; todo ello en relación con el corto, mediano y largo plazo que sus beneficios puedan propagarse.

**VALIDEZ:** Características del método de recolección de datos o del instrumento de medición de medir al fenómeno que pretende medir, sin errores sistemáticos.

**VALIDEZ EXTERNA:** Habilidad del investigador para generalizar resultados desde los hallazgos del estudio.

**VALIDEZ INTERNA:** Grado de confianza del investigador de que la variable independiente, y no otra cosa, es responsable por las diferencias observadas en la variable dependiente.

**VALOR:** Aspecto de una situación, evento u objeto que es valorado con un interés preferencial.

**VARIABLE:** Cualquier cosa, evento o persona que puede ser medida o descrita en alguna escala; cualquier cosa que varía o que altera cualitativamente alguna dimensión.

**VARIABLE CONTINUA:** Aquella variable en la cual la medición es posible tanto en unidades totales, como en partes fraccionales de unidades. Ejemplo: estatura, peso, edad.

**VARIABLE DE CONTROL:** Aquella que necesita ser controlada, manteniéndose constante de manera que su efecto sea neutralizado, suprimido o ignorado para todas las condiciones. Ejemplo: edad, sexo, cociente intelectual, etc.

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Aquella que es medida después de ser expuesta a niveles de la variable independiente; es el efecto pretendido en una relación causa-efecto.

**VARIABLE DISCRETA:** Es aquella variable en la cual la medición es posible solamente en unidades enteras o totales; variables dicotómicas, b) variables de categoría limitada, c) variables de categoría múltiple, d) variable de categoría abierta.

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Aquella que es manipulada por el investigador, en un estudio experimental, para determinar su influencia en las variables dependientes; es la "causa" pretendida en una relación causa-efecto.

**VARIANZA:** Es el grado de diferencia o desviación alrededor del promedio en una distribución de frecuencias.

**VARIABLEDAD:** Condición referida a una investigación, la cual incluye no sólo la factibilidad técnica para realizar el proyecto sino fundamentalmente la aceptación social que permite la subsistencia del proyecto.

- (1) Armando, Gardara, "Administración de servicios de salud", CIESA, 1er ed, México, 1989, Tomo II, p.p. 680-755.
- (2) IMSS, "Glosario de términos técnico-administrativo de uso frecuente en el IMSS", México, 1990, p.p. 5-200.
- (3) Tamayo-Tamayo, "Diccionario de la Investigación Científica", 2da. ed, Limusa, México, 1988, p.p. 49-225
- (4) García-Pelayo y Groes, "Diccionario de la Lengua Española LAROUSSE", México, 1990., Tomo I y II.
- (5) IMSS, " Contrato Colectivo de Trabajo, 1980-1991", México, 1991.

## LOS DIEZ MANDAMIENTOS DE LAS EMPRESAS EXCELENTES

ENCARGÁNDOSE DE QUE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN LOS LEA,  
SUSTITUYENDO LA PALABRA CLIENTE POR LA PALABRA USUARIO DE LA VERSION ORIGINAL

1. El usuario es la persona más importante de toda organización.
2. El usuario no depende de nosotros; nosotros dependemos de ellos.
3. Los usuarios no son una interrupción en nuestro trabajo;  
son el propósito de nuestro trabajo.
4. Los usuarios no hacen un favor cuando nos buscan; nosotros no les  
hacemos favor alguno cuando les damos servicio.
5. Los usuarios son parte de nuestra organización; no son personas  
extrañas a ellas.
6. Los usuarios no son frios datos estadísticos; son seres humanos  
de carne y hueso, con sentimientos y emociones similares a los  
nuestros.
7. Los usuarios no son personas con los que se deben discutir o  
litigar. Nadie, jamás, le ha ganado una discusión a un usuario.
8. Los usuarios son personas que nos traen sus necesidades;  
nuestro trabajo es satisfacer esas necesidades con rentabilidad  
para los clientes y para nuestra organización.
9. Los usuarios son la gente que da vida a ésta y a cualquier otra  
organización.
10. Los usuarios se merecen el trato más cortés y atento que seamos  
capaces de dispensarles.