

11226
150
2 E



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA EL SERVICIO
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADEMICA CLINICA "MARINA NACIONAL"

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION
MEDICA EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
MARINA NACIONAL I.S.S.T.E.

TRABAJO DE INVESTIGACION
PARA OBTENER DIPLOMA DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. ANGELA TORRES GONZALEZ
ASESOR DE TESIS :
DR. ANTONIO ZALA ALVAREZ



MEXICO, D.F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

TITULO:

**" EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION
MEDICA EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E. "**


**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA :**

DRA. ANGELA TORRES GONZALEZ

AUTORIZACIONES:


**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**


**DR. ARNULFO E. HIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

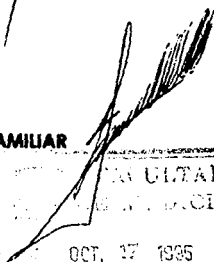

**DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**


**"EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION
MEDICA EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
MARINA NACIONAL ISSSTE."**

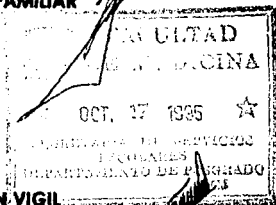
AUTORIZACIONES:


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA, I.S.S.S.T.E.


DR. ROMAN RUIZ ARCOS
DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"MARINA NACIONAL", I.S.S.S.T.E.


DR. ANTONIO ZALA ALVAREZ
PROFESOR TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"MARINA NACIONAL", I.S.S.S.T.E.
ASESOR DE TESIS.


DR. CARLOS EDUARDO CENTURION VIGIL
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"MARINA NACIONAL", I.S.S.S.T.E.



19 SET. 1995

ÍNDICE

- 1.- Título
- 2.- Autores
- 3.- Sede
- 4.- Introducción
- 5.- Antecedentes
- 6.- Marco Conceptual
- 7.- Marco Jurídico
- 8.- Planteamiento del Problema
- 9.- Justificación
- 10.- Objetivos
- 11.- Hipótesis
- 12.- Diseño
- 13.- Material y Método
- 14.- Presentación de Resultados y Resultados Gráficos
- 15.- Análisis de Datos
- 16.- Consideraciones Éticas
- 17.- Conclusiones
- 18.- Sugerencias
- 19.- Anexos
- 20.- Bibliografía

TITULO

" EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA EN
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL
I.S.S.S.T.E. "

AUTORES

DRA. DORA EUGENIA RODRÍGUEZ NIETO.

DRA. ANGELA TORRES GONZÁLEZ.

SEDE

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL
I.S.S.S.T.E.

INTRODUCCIÓN

ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Al Tratar de enfocar los problemas en la Administración de la Salud , en forma integrada y ordenada, relacionando teorías y conceptos en un manejo científico de la Administración en general y de la Salud en particular (1) vemos que en lo que va de este siglo hemos avanzado un largo trecho, todavía nos falta camino por recorrer para lograr una verdadera Gerencia de Salud.

Las ciencias Gerenciales apenas están empezando a llegar a los Sistemas de Salud y se están aplicando lentamente y en forma mas o menos fragmentaria, a fin de entender mejor en donde nos encontramos en este momento, cual es la perspectiva que se nos abre hacia el futuro, y que nos puede ayudar a acelerar el proceso de incorporación a las Teorías Gerenciales a nuestro Sector Salud (2)

Se inicia este trabajo con un panorama referente a la Administración y a aquellos estudios que determinan la Calidad de la Atención en función a la Satisfacción de los pacientes que reciben atención en las Unidades de Primer Nivel.

Administración viene de la palabra "Ad-ministrare" = Servir cuyo campo de acción son los grupos humanos que permiten la coordinación de los esfuerzos comunes, lo que se reconoce como función administrativa o Administración (3).

La función del Administrador, en cualquier área en que este se ubique, es coordinar todos los recursos disponibles de modo de aprovecharlos en la mejor forma posible. Cuando se trata de Recursos de Salud, la responsabilidad es doble: la mala utilización de ellos se traduce en Enfermedad o muerte para la población.

Para Evaluar los Servicios de Salud, se requiere entender lo que significa "Atención Médica" ,Niveles de Atención etc., para llegar de la Administración de la Atención Médica a la Gerencia de Salud.

En lo que va de este Siglo hemos recorrido tres grandes etapas en Latinoamérica (4) todas ellas en el ámbito de la Atención Médica y que a continuación se describen:

ETAPAS.

A) ADMINISTRACIÓN EMPÍRICA.

Es la etapa que precede a las escuelas de Salud Pública, cuando la administración de las Instituciones de Salud estaba en manos de médicos clínicos de gran prestigio. Esta época coincide con un enfoque benéfico a la Salud y con la figura del médico de familia de gran renombre social. En esta etapa no ha llegado ningún principio científico de la administración. Por su parte la Administración Empresarial se mueve todavía en el ámbito de los principios de Taylor y Fayol.(5)

B) ETAPA GENERALISTA.

Con las primeras escuelas de Salud Pública se inicia la formación de un Médico en Salubridad general con una visión comunitaria de los problemas de salud, con elementos epistemológicos de análisis y con algunas bases muy superficiales de administración, que desplazan a los médicos clínicos.

Los nuevos administradores traen más elementos epistemológicos y comunitarios que de administración; y aportan una visión que hace énfasis en la salud comunitaria sobre la individual y que reconoce la importancia del medio ambiente y de la prevención, mediante el proceso educativo: la Educación para la Salud, destinada a la población, y la Educación médica, dirigida al personal para la atención de la Salud.(6)

Esta época nos deja unos avances importantes en la modernización de la administración de salud: la Regionalización de los servicios, los niveles de atención, la fundamentación epistemológica de la Administración, la planeación de salud, la recolección de estadísticas. Es una administración que se limita a manejar unos recursos dados para llevar a cabo programas preestablecidos con un mínimo de técnicas administrativas.

C) ADMINISTRACIÓN PROFESIONAL.

Se inicia en la década de los '70 cuando por iniciativa de la OPS, la OMS y con el apoyo económico de la Fundación W. K. Kellogg se desarrollan en varios países del continente una serie de empresas que se identifican con el nombre de PROASAS (Programas Avanzados de Administración de Salud). Esta etapa que marca una ruptura importante con la anterior, aporta la profesionalización de la administración de la salud, al introducir al mercado un nuevo tipo de recurso humano (el administrador de salud) y a través de sus egresados y del quehacer mismo de las Instituciones (docencia, asistencia técnica) contribuye al introducir elementos innovadores en la gestión de las Instituciones de Salud. Al mismo tiempo están sucediendo una serie de eventos que han de fluir para dar inicio a una nueva etapa.

Por una parte, en frente al crecimiento exagerado de los costos del sector salud se generan una serie de presiones desde fuera del mismo para que racionalice el uso de los recursos de que dispone, para que controle los costos, para que sea eficiente, para que documente la efectividad de sus acciones y la racionalidad de sus decisiones.

La Sociedad en general ya no está dispuesta a seguir dando recursos al sector sin mayores controles, en el mantenimiento y mejoramiento de la salud, y que los Programas sean congruentes con la problemática encontrada en Diagnósticos Situacionales y Sectoriales.(7)

D) LA NUEVA GERENCIA DE SALUD.

La Gerencia contemporánea de salud se construye como un desarrollo lógico y consecuente de todo lo anterior.

Ella se da por lo tanto en la confluencia de los más modernos avances en las ciencias de la gerencia y los más recientes desarrollos en las concepciones de Salud - Enfermedad y Sistemas de Salud.(8)

La planeación estratégica, la administración por objetivos y resultados, metas específicas, la gerencia participativa, el desarrollo de las culturas corporativas, la gerencia de servicio, la calidad total, el control de gestión, son aspectos que se encuentran al centro de la gerencia contemporánea y que deben ser incorporados a las empresas de Salud en todas sus modalidades. Esquema 1

GERENCIA DE SALUD

Avances en ciencias de gerencia

Planeación estratégica
Administración por objetivos
Culturas corporativas
Gerencia participativa
Gerencia de servicio
Calidad total
Control de gestión
Administración de resultados

Avances en ciencias de salud

Campo de salud
Multicausalidad
Intersectorialidad
Historia natural
Niveles de intervención
Enfoque de riesgo
Modelos alternativos
Evaluación de resultados

Gerencia de Sistemas Cerrados
(Diagnóstico y Tratamiento)

Gerencia de Sistemas Abiertos
(Mantenimiento de Salud)

Producto final medible: Años ganados; Vida útil; Muertes;
Enfermedades, Incapacidades preventivas evitadas.

EFFECTIVIDAD EFICIENCIA CALIDAD EQUIDAD

Debemos empezar a reconocer los Sistemas de Salud como empresas productoras de salud que requieren una gerencia adecuada y de un manejo empresarial para lograr sus objetivos con: Efectividad, Eficiencia, Calidad y Equidad.

Que se establezcan las medidas que se requieran, para efectuar el seguimiento permanente que eleve la Calidad de los Servicios otorgados.

Para asegurar esto se deberán establecer Comités de evaluación de la calidad de atención en las unidades medicas que permitan mejorar la

eficiencia y por lo tanto garantizar la máxima calidad en los servicios de las Instituciones de Salud.(9-10).

SISTEMAS CERRADOS INSTITUCIONALES.

Serían la mayoría de nuestros hospitales, en general se pueden considerar como Instituciones dedicadas fundamentalmente al diagnóstico y al tratamiento de personas que han enfermado y desean recuperar su salud, reducir su incapacidad o aliviar su dolor.

SISTEMAS ABIERTOS O COMUNITARIOS.

Tienen como misión genérica el mantenimiento y mejoramiento del nivel de salud, lo que se puede plantear en términos de el máximo número de años de vida útil, formulación que igualmente da base para identificar productos, procesos de producción y de gestión. Aquí podemos hablar de productos finales en términos de años ganados de vida útil o de muertes, enfermedades, incapacidades, dolores y angustias previsibles, evitadas.

Así vemos, que la planeación estratégica, la administración por objetivos y resultados, la gerencia participativa, el desarrollo de las culturas corporativas, la gerencia de servicio, la calidad total, el control de gestión, son aspectos que se encuentran al centro de la Gerencia Contemporánea y que deben ser incorporados a las empresas de salud en todas sus modalidades.

Por todo lo expuesto, se debe dar una gran importancia para garantizar la mayor calidad posible en los -servicios de -Salud que se otorgan , implementando la evaluación de la calidad de la atención Médica (11).

Entendiendo por Calidad de la Atención Médica al grado de satisfacción de las necesidades de salud, de acuerdo al tipo de instalaciones y recursos utilizados, en concordancia con la complejidad del daño a la salud que se atiende.(12)

La Calidad de la atención Médica deberá representar el grado de Satisfacción de las necesidades de Salud y las características en la prestación de Servicios, en relación con las expectativas del usuario, del prestador y de la institución .

Las tendencias actuales en la evaluación de la calidad de la Atención proponen un enfoque a través de la Teoría de Sistemas incluyendo Análisis de: Estructura, Proceso y Resultado o en otros términos, ENTRADAS, PROCESOS Y SALIDAS.(13)

Para tal efecto se ha elaborado la presente evaluación para Unidades Médicas de primer nivel que servirán de retroalimentación para modificar motivaciones, comportamientos y que con estas acciones garanticen la Calidad de la Atención Médica (14).

ANTECEDENTES

Se han realizado diferentes estudios(15 y 16), que evalúan la Calidad de la Atención Médica con diferentes objetivos y con diversos parámetros como son por ejemplo: considerar la estructura de los Servicios físicamente, la Organización, los Costos, las consecuencias en la Salud y los que determinan la opinión de los pacientes como una medida de evaluación de los Servicios Médicos. (17)).

Para evaluar los Servicios de Salud se requiere conocer el significado de Atención Médica y los Niveles en que esta se divide; y lo que vendría a ser el concepto de Garantía de Calidad (18):

La Atención Médica es definida por la Organización Mundial de la Salud como:

" El conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al mayor número de individuos y sus familiares, con los recursos del diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y fomento a la salud." (19)

Requiriendo de estrategias para cada nivel de atención médica.

PRIMER NIVEL.

Al conjunto de recursos materiales, técnicos y económicos organizados para satisfacer eficazmente las necesidades de salud de mayor frecuencia y no complicadas de toda la población, en un área determinada, dirigiendo sus acciones principalmente a Promoción para la Salud, Protección Específica, Técnicas de Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación, permitiendo el acceso a los demás niveles de atención.

SEGUNDO NIVEL.

Conjunto de recursos para la salud organizados para satisfacer eficaz, eficiente y oportunamente las necesidades de salud de poca frecuencia o complicadas de toda la población de área determinada, su objetivo es atender a la población ocasional en las cuatro especialidades básicas:

Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía; que le sean referidos del primer nivel.

Los recursos que cuenta son Especialistas; de las cuatro especialidades básicas, personal paramédico que lo acompaña, hospitales de

segundo nivel con el equipo necesario para el diagnóstico y tratamiento del padecimiento.

TERCER NIVEL.

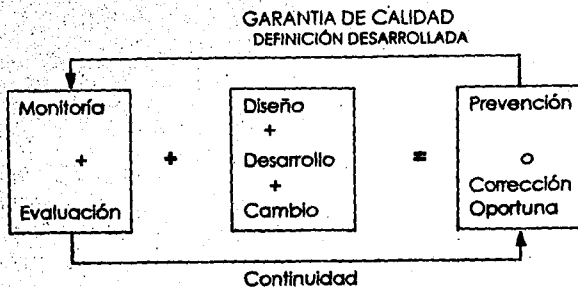
Conjunto de recursos para la salud organizados para satisfacer eficaz, eficiente y oportunamente las necesidades de salud muy poco frecuentes o complicadas de la población en una área determinada. Cuenta con médicos con capacitación máxima en campos específicos, se brinda su atención en hospitales de especialidades y el equipo y personal técnico muy especializado.

GARANTÍA DE CALIDAD

Según Donabedian la definición del concepto Calidad en el caso de la Atención Médica es : " La Calidad es una propiedad de la Atención Médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esa propiedad se define como la obtención de los mayores beneficios posibles de la Atención Médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. Por lo que puede decirse que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo, en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos previsibles."

La definición al vocablo "garantía" de acuerdo con el diccionario de la Real Academia significa: "Acción y efecto de afianzar lo estipulado" ,de acuerdo con otro diccionario garantía significa: responder de la calidad de algo" (20).

En México en 1985 se propuso por primera vez la utilización del término "Garantía de la Calidad de la Atención Médica", de acuerdo con esta definición esta es un: "conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y / o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes por cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoria, diseño, desarrollo y cambios organizacionales. Esquema 2 (21).



Sin embargo, la Evaluación de la Atención Médica, como apreciación cuali-cuantitativa es insuficiente para garantizar la Calidad de la misma, de ahí que es necesario actuar anticipadamente, con el fin de detectar los problemas y conflictos que impidan obtener una mayor garantía en la Calidad de la Atención Médica.

Hay diversas opiniones de la definición de la Calidad de la Atención Médica, quizás se debe a las dificultades que tienen los autores de especificar los indicadores que reflejen Calidad.

El presente estudio evalúa la Calidad de la Atención Médica de una Unidad de Atención Médica de Primer nivel tomando en cuenta diferentes parámetros como son:

Las actividades realizadas del Personal que labora en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional del I.S.S.S.T.E., Tiempos de espera y Satisfacción del Usuario.

MARCO CONCEPTUAL

EVALUACIÓN

La Evaluación es un proceso ordenado y metódico para establecer análisis, mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo a objetivos formulados, la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y sus efectos.(22). Contempla distintos procedimientos de medición y comparación los cuales son útiles para la planeación, ejecución y reajustes en los Programas.

Es de primera necesidad que en las Unidades Medicas se realice una auto-evaluación permanente sistemática por los Directivos, y de esta manera conoceremos el cumplimiento de: Objetivos, Metas, Programas, Morbilidad, Resultados de la Organización y funcionamiento de los Comités Médico Administrativos, así como la Eficiencia del Trabajador en el desempeño de sus labores.

La Cédula de Evaluación debe valorar los siguientes capítulos :

ÁREA DE INFLUENCIA

CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA

RECURSOS MATERIALES

RECURSOS HUMANOS

ORGANIZACIÓN

PRODUCTIVIDAD

PROCESO DE LA ATENCIÓN

Contempla distintos procedimientos de medición y comparación, los cuales son útiles para la Planeación, Ejecución y Reajustes en los Programas.

Los criterios más usuales de la Evaluación son:

Eficacia, Eficiencia y Efectividad.(23):

EFICACIA

Cualifica los resultados parciales y finales en función de metas alcanzadas en relación a las Programadas. Así como el beneficio o utilidad que obtienen los derechohabientes por los servicios que se otorgan en la Institución.

EFICIENCIA

Valora el uso racional e inteligente de los Recursos en función de tiempo invertido, del costo y de la Calidad de la Atención.

EFFECTIVIDAD

Mide el impacto o los cambios surgidos en la Población en la cual se han aplicado las actividades. La Efectividad considera al efecto de la actividad y los resultados finales o beneficios alcanzados por los Derechohabientes en relación a los objetivos establecidos en los Programas.

La Evaluación es un componente fundamental para la correcta Administración de Programas y Servicios Médicos Básicos de Salud, dado que permite conocer la congruencia en la organización y utilización de los Recursos, el grado de solución de problemas de Salud, la satisfacción de los Usuarios.(24).

Se basan en indicadores representativos que se formulan en razón al tipo de recursos y su relación con la población beneficiaria, las normas de procedimientos, duración y concentración de las actividades, las Tasas de Morbilidad y Mortalidad y Encuestas de Opinión.

Los Indicadores son un reflejo de una Situación determinada y que se les define como variables que sirven para medir cambios.

Estos Indicadores representativos evalúan en forma precisa:

- La Capacidad Operativa de los Servicios.
- La Eficiencia y Eficacia de los Programas.
- La Modificación del Panorama Epidemiológico.
- La Extensión de Cobertura de los Equipos de Salud.
- La Accesibilidad y Oportunidad de la Atención.
- El Cumplimiento de los Procedimientos Técnicos.
- El Nivel de Capacitación del Personal.
- La Participación de los Derechohabientes.

Así mismo valoran la Calidad de la Atención, actividad muy importante y que se realiza mediante la observación del funcionamiento, el análisis de los registros de actividades y la opinión de los derechohabientes.

La Evaluación permite conocer Costo Beneficio de Programas y Servicios, aunque solo sea posible determinar los costos unitarios Institucionales, sin incluir la participación Intersectorial y la Inversión de los propios derechohabientes.(25).

FASES EN EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN

Establecimiento de criterios, modelos o patrones.

Obtención de resultados de la aplicación de los mismos.

Comparación de los resultados con los modelos o patrones.

Emisión de un juicio que califica o valora el grado de identificación entre ellos:

Aplicación de las medidas conducentes,

Reconocimiento,

Corrección,

Sanción y

Retroalimentación de Programas.

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Axel Kroeger (26).

MARCO CONCEPTUAL PARA EVALUAR LOS SERVICIOS DE SALUD

ESTRUCTURA

- 1.- Accesibilidad
- 2.- Disponibilidad

PROCESO

- 3.- Actividades
- 4.- Productividad
- 5.- Rendimiento
- 6.- Intensidad de uso
- 7.- Utilización
- 8.- Calidad

RESULTADOS

- 9.- Cobertura
- 10.- Eficiencia
- 11.- Eficacia
- 12.- Efectividad
- 13.- Costos

1.- ACCESIBILIDAD

Es la condición variable de la población de poder utilizar los Servicios de Salud.(27).

2.- DISPONIBILIDAD

Es la relación entre los recursos existentes y la población a la cual están destinados.

3.- ACTIVIDADES

Para cumplir los objetivos de una Institución de Servicios de Salud, los Recursos tanto Humanos como Físicos, deben desempeñar determinadas funciones que se miden en términos de actividades.

4.- PRODUCTIVIDAD

Es el número de actividades realizadas por unidad de recursos disponibles por unidad de tiempo.

5.- RENDIMIENTO

Es el número de actividades realizadas por unidad de recurso utilizado.

El rendimiento es semejante a la productividad, pero mientras en la productividad se compara con el recurso disponible, en el rendimiento se compara con el recurso utilizado.

Por ello mismo, cuando la utilización de un recurso es 100% el Rendimiento coincide con la productividad.

La escasez de recursos, tanto para la inversión como para la operación, determina planear cuidadosamente las acciones que permitan mejorar el otorgamiento de los Servicios en los términos que las necesidades sociales, las demandas de atención y las Políticas Sanitarias lo exigen. Hay que hacer un análisis riguroso de las demandas de Atención Médica, así como de los Servicios y recursos adecuados para atender a los enfermos, esto significa racionalizar los Recursos. (28).

6.- INTENSIDAD DE USO

Número promedio de los servicios recibidos en un período de tiempo.

Se calcula dividiendo, el número de unidades de servicios (actividades) por el número de usuarios de los mismos.

7.-UTILIZACIÓN

Se define como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad, o por un servicio por unidad de tiempo.

8.- CALIDAD

Es una combinación de características humanas y tecnológicas que los servicios de Salud deben poseer para poder cumplir sus objetivos.

La Calidad técnica se define en términos de cuatro variables:

- a) La integridad, es decir, satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
- b) Los contenidos, es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
- c) La destreza, es decir, hacer bien lo que se debe hacer.
- d) La oportunidad, es decir, hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer.

Debe de tomarse en cuenta que cualquier cambio que aspire a la superación de la práctica médica, no puede ser el resultado de acciones aisladas o concertadas entre ciertos grupos, sino de modificaciones profundas que se enmarquen en la dinámica social global. Entre ellos están la participación de los usuarios, ya sea de manera individual u organizada, la que interesa destacar en esta prestación. Consideramos que sin la participación activa y deliberada

de la población hacia su cuidado se dirigen las acciones organizadas en forma de Servicios, no es posible garantizar un nivel óptimo de Calidad (29).

9.- COBERTURA

Es la proporción de personas con necesidades de Servicios de Salud que recibe atención para tales necesidades.

Se determina la tasa de Cobertura, dividiendo el número de personas que hacen uso de un determinado servicio, entre el número de personas que tienen esas necesidades. La Cobertura indica si el Servicio de Salud está llegando a la población que realmente lo necesite.

10.- EFICIENCIA, 11.- EFICACIA y 12.- EFECTIVIDAD

se encuentran desglosados en Proceso de la Atención

13.- COSTOS

En relación a los Costos de la Atención Médica, ninguna estimación sobre el costo real será definitiva, en tanto no se hayan convenido normas precisas para determinarlo. Los procedimientos usados actualmente son casi todos indirectos y entrañan una buena dosis de elaboración subjetiva.

Al considerar los costos, se tiene que hacer una distinción entre el costo del método en sí y lo que cuesta su empleo en la Evaluación, monitoría de la Calidad y el costo global de la Atención Médica.

Aun cuando los costos médicos sean tan altos, es siempre útil invertir dinero en una buena atención médica para la población. En todas partes del mundo las pérdidas económicas ocasionadas por la enfermedad y la invalidez son mucho más altas que los más altos costos médicos (30).

ENFOQUES CONCEPTUALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

El Documento original de Hindel Sheps (1955) sobre la Atención Hospitalaria permitió lograr un orden conceptual, donde previamente sólo había confusión.

Estimuló e influyó en esfuerzos tendientes a conceptualizar la Calidad de la Atención en los siguientes veinte años.

En 1980, Donabedian Avedis (31) logró resumir, con gran orden y claridad, diferentes puntos de vista, la disposición básica de todos los enfoques está en la Trilogía:

ESTRUCTURA - PROCESO - RESULTADO

El autor los presenta no como atributos de calidad, sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que constituyen o definen la Calidad.

Para Donabedian

ESTRUCTURA la define como:

El lugar físico donde se imparte la atención, a las políticas de salud, al número y tipo de personal, a la continuidad y accesibilidad a la atención médica, a su financiamiento (incluyendo sistemas de pago por pacientes) al número y tipo de servicios que se ofrecen.

PROCESO lo define como:

Serie de actividades que se llevan a cabo entre profesionales y pacientes, siendo estas actividades comportamientos normativos que derivan de la ciencia y tecnología, la ética, de las normas sociales y morales que predominan en determinado momento histórico y que tienen diferente peso según la época y tendencia que se siga.

RESULTADO lo define como:

La modificación de el nivel de Educación para Salud, adquirido, a la satisfacción resultante consecuencia directa de la atención médica brindada.

La Calidad de la atención médica se puede considerar como una propiedad de la atención que puede tener grados variables y que puede determinarse según los atributos que se asignen ya sea a la Estructura, Proceso o al Resultado.

- ¿ Como ? se le asignen,
- ¿ Quien ? se encargue de hacerlo,
- ¿ Cuales ? son sus objetivos de salud o políticos y en que niveles de atención se den.

Es más factible y entendible que existan tantas definiciones de Calidad de la Atención médica y el reconocer que estas se hacen de manera indirecta sobre las personas que las proporcionan y los contextos en que se dan.

La Atención Médica implica una relación médico-paciente, es necesario hacer el análisis de cada uno de los protagonistas Médico, Paciente e Institución y su interrelación.

La relación medico paciente , es uno de los instrumentos más útiles con los que cuenta el medico en su tarea de mantener o restablecer la salud, desafortunadamente su uso adecuado ha quedado poco a poco olvidado, con la consecuente deshumanización de la Atención Medica [32].

En cuanto al desempeño médico, esta se puede dividir en dos categorías.-

Técnica (Científica)
Interpersonal.

La Técnica representa la aplicación de la ciencia y la tecnología para la resolución de problemas, en cambio la Interpersonal representa la interacción de dos personalidades con expectativas y marcos conceptuales diferentes.

Son estos dos últimos puntos en donde los Sistemas de Evaluación enfocan su atención para definir la Calidad de la Atención.

La mayoría de estudios que consideran a los RESULTADOS como instrumento de evaluación de la atención médica, han sido en aquellas circunstancias en las que los resultados finales en la salud son adversos (lesiones irreparables, incapacidades físicas) sirviendo estos resultados como establecedores de la calidad, lo cual desde luego dista de serlo.

Otro grupo de estudios se representan en aquellos en la que la identificación de los Resultados que son adversos, sirve únicamente para juzgar los antecedentes del Proceso, entre los estudios más citados está el de John Williamson en 1979 referido por Donabedian.

Paralelamente con el desarrollo cada vez mayor de servicios públicos que presten atención, de un incremento cada vez mayor en su demanda, y de la necesidad de adoptar y planificar medidas de organización más eficaces, se han desarrollado métodos que evalúan la

- ¿ Como ? se le asignen,
- ¿ Quien ? se encargue de hacerlo,
- ¿ Cuales ? son sus objetivos de salud o políticos y en que niveles de atención se den.

Es más factible y entendible que existan tantas definiciones de Calidad de la Atención médica y el reconocer que estas se hacen de manera indirecta sobre las personas que las proporcionan y los contextos en que se dan.

La Atención Médica implica una relación médico-paciente, es necesario hacer el análisis de cada uno de los protagonistas Médico, Paciente e Institución y su interrelación.

La relación medico paciente , es uno de los instrumentos más útiles con los que cuenta el medico en su tarea de mantener o restablecer la salud, desafortunadamente su uso adecuado ha quedado poco a poco olvidado, con la consecuente deshumanización de la Atención Médica (32).

En cuanto al desempeño médico, esta se puede dividir en dos categorías.-

Técnica (Científica)
Interpersonal.

La Técnica representa la aplicación de la ciencia y la tecnología para la resolución de problemas, en cambio la Interpersonal representa la interacción de dos personalidades con expectativas y marcos conceptuales diferentes.

Son estos dos últimos puntos en donde los Sistemas de Evaluación enfocan su atención para definir la Calidad de la Atención.

La mayoría de estudios que consideran a los RESULTADOS como instrumento de evaluación de la atención médica, han sido en aquellas circunstancias en las que los resultados finales en la salud son adversos (lesiones irreparables, incapacidades físicas) sirviendo estos resultados como establecedores de la calidad, lo cual desde luego dista de serlo.

Otro grupo de estudios se representan en aquellos en la que la identificación de los Resultados que son adversos, sirve únicamente para juzgar los antecedentes del Proceso, entre los estudios más citados está el de John Williamson en 1979 referido por Donabedian.

Paralelamente con el desarrollo cada vez mayor de servicios públicos que presten atención, de un incremento cada vez mayor en su demanda, y de la necesidad de adoptar y planificar medidas de organización más eficaces, se han desarrollado métodos que evalúan la

prestación de servicios médicos encontrando a la determinación de Satisfacción de pacientes como un método eficaz de evaluación, además de que este método considera a la opinión e intervención de los pacientes en la organización de los servicios de Salud.

CONCEPTO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES:

En la actualidad no existe una definición aceptada en forma general de lo que significa SATISFACCIÓN DE PACIENTES, pero esta se puede concebir en un nivel dual, por un lado, de elementos obtenidos de investigaciones sobre satisfacción de clientes en asuntos de mercadotecnia; y por el otro, de satisfacción de pacientes, en investigaciones clínicas, de ambas investigaciones se desprende el concepto de que la satisfacción está sustentada por procesos PSICOLÓGICOS y por procesos que modulan o modifican el Comportamiento.

En términos psicológicos la satisfacción es definida, como reacción del paciente (y/o consumidor) a los aspectos sobresalientes del Proceso, Estructura y Resultado, en su experiencia con la atención o servicio recibido.

En esta definición el término Reacción involucra una respuesta de tipo emotivo y por lo tanto imprevisible y el término experiencia en esta misma definición involucra una respuesta cognoscitiva, de tal manera se deduce que la Satisfacción en términos psicológicos, se determina al hacer comparaciones objetivas y/o subjetivas entre lo que se le ofrece al paciente y lo que espera se le ofrezca de atención o servicio

El segundo concepto que sustenta a la definición de satisfacción, es decir, los procesos que modifican el comportamiento en relación con los servicios de salud y los resultados del tratamiento, por ejemplo, aquellos pacientes que regresan a un determinado centro de salud o programa de atención médica., o pacientes que recomiendan un determinado programa.

En relación con los RESULTADOS, un paciente satisfecho es visto como un participante más cuidadoso en su tratamiento, rindiendo así este comportamiento un mejor resultado clínico. Cambios positivos en el estado de salud, ayudarán a mantener y mejorar la satisfacción de los pacientes. El grado de satisfacción también es visto como una sumisión o compromiso del paciente con determinado tratamiento.

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN:

Se han hecho numerosos estudios que determinan el nivel de Satisfacción, de pacientes, su determinación está apoyada en teorías surgidas de investigaciones en mercadotecnia, en éste sentido existen tres importantes mediciones sobre resultados que determinan la satisfacción del consumidor (o paciente).
Siendo estas las expectativas de los clientes concebidas como algo subjetivo estandar y que sirven para juzgar un producto o servicio (lo que espero- comparo- recibo-juzgo).

Pascoe 1983 ,describe 4 tipos de expectativas ;a) lo ideal a lo esperado . b) lo mínimo al menor nivel esperado. c) lo esperado en relación a la experiencia pasada. d) lo merecido a lo esperado.

El nivel deseado o esperado, está basado en lo que sería un promedio de la experiencia pasada de la atención o servicios recibidos, de las inversiones o costos derogados por el paciente, todo lo cual establece una sensación subjetiva de lo que será el nivel esperado.

La segunda medición que determina la Satisfacción lo representa el "DOMINIO DEL SISTEMA DE CONSUMO" y entiéndase por Dominio: a todo lo que se incluye en la prestación de servicios, que en el caso de los servicios médicos, a todo lo incluido. en la Estructura, Proceso y Resultado, citados por Pascoe.(33).

Los investigadores en mercadotecnia han considerado que la Satisfacción del Consumidor, depende de distinciones entre atributos de sistemas de macro y micromercadotecnia, aplicándose éste concepto a los sistemas de salud.

El Macrodominio y el Microdominio de la atención representarían sus análogos. Un ejemplo esclarecerá el concepto "Un individuo puede tener una opinión muy positiva de los médicos y de los sistemas de Salud en general, que sería el Macrodominio.

Pero tener desconfianza concerniente a la atención que el o ella está recibiendo en éstos momentos para sus habituales necesidades de salud, sería el microdominio.

La tercera medición la representa " LAS DIMENSIONES" del Sistema de Consumo, las cuales pueden ser concebidas en dos grupos:

- a.- Comprende a todos los atributos del dominio (macro y micro).
- b.- Son los criterios de evaluación que el consumidor o paciente aplica a aquellos atributos.

En estudios clínicos sobre Satisfacción de pacientes, los Dominios de los sistemas de atención se han determinado en dos diferentes caminos:

El primero aborda el desarrollo de instrumentos que dependen del tipo de muestra de la población y que incluye preguntas que se refieren a los médicos o bien a aspectos de Macrodominio.

El segundo aborda en una forma directa a los individuos que están recibiendo atención médica en ese momento y que responden a preguntas que específicamente se refieren a la calidad del servicio prestado. A esta medida se le ha llamado también Microdominio, en cambio al abordaje indirecto o medida indirecta evalúa el Macrodominio.

Ambos abordajes directos e indirectos , determinan distintos tipos de Satisfacción, argumentándose que las escalas directas son apropiadas para medir la Satisfacción de los pacientes con su actual atención médica.

Algunos estudios como serían los empíricos y algunas otras metodologías, apoyan la diferencia entre medidas directas e indirectas, corroborando que las primeras determinan el Microdominio y las segundas el Macrodominio.

Los instrumentos que utilizan abordajes directos reciben el nombre de escalas directas y las que utilizan los indirectos se denominan escalas indirectas

El principal objetivo de éste estudio es Evaluar la calidad de la Atención Médica recibida tomando en cuenta distintos parámetros: Tiempos de espera, Consulta Médica recibida, Satisfacción del usuario en los diferentes Servicios y Accesibilidad.

MARCO JURÍDICO

El proceso de calidad total a instrumentar en el I.S.S.S.T.E., tiene como sustento legal disposiciones contenidas en la **Ley General de Salud, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Reglamento de los Servicios Médicos del I.S.S.S.T.E. y la Ley de Planeación.**

La Ley General de Salud define el Sistema Nacional de Salud y al I.S.S.S.T.E. como parte integrante del mismo; señala entre otros objetivos, el de mejorar la calidad de los servicios e impulsar un sistema nacional de administración y desarrollo de recursos humanos que coadyuven a mejorar y preservar la salud.

La ley del I.S.S.S.T.E., por su parte, confiere el derecho de los Trabajadores al Servicio del Estado, de recibir Atención Médica, y la obligación del Instituto de proporcionarla directamente o a través de convenios con otras Instituciones. Debe establecer para ello, las estructuras y el funcionamiento adecuado de sus unidades operativas.

En el reglamento de los servicios médicos del I.S.S.S.T.E., se precisa que por Asistencia Médica se entiende el conjunto de consultas, estudios, curaciones e intervenciones médico-quirúrgicas que corresponden a las exigencias que presente cada caso y que sean apropiadas y suficientes tanto en calidad como en cantidad.

La Ley de Planeación establece, que al inicio de toda administración gubernamental se debe formular el Plan Nacional de Desarrollo, el cual sirve de instrumento para orientar tanto las actividades de las entidades y dependencias públicas, como de la sociedad en su conjunto, hacia la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

Asimismo, con carácter obligatorio se deben integrar los Programas Institucionales y especiales que precisan los objetivos, estrategias y acciones contenidas en dicho plan.

En este contexto el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, particularmente en el Acuerdo Nacional para el mejoramiento del nivel de vida se señala como el mayor objetivo de la salud, asistencia y

seguridad social, el impulsar la protección de todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones con oportunidad para contribuir al mejoramiento del bienestar social. Su consecución implica elevar la Calidad de los servicios atendiendo todas las etapas del proceso.

Menciona también que entre las formas para dar efectividad y eficiencia a las acciones médicas se encuentran, la integración de comités para la promoción de la calidad asistencial y la permanente Evaluación de operación del sistema de atención a los usuarios.

El **Programa Nacional de Salud 1990-1994**, define el acceso universal a los servicios con equidad y calidad como parte de su política.

Asimismo se instituye la modernización y simplificación administrativa lo cual implica racionalizar estructuras y desarrollar y operar modelos de organización homogéneos para la administración de servicios de salud.

En consecuencia en el **Programa Institucional del I.S.S.S.T.E. 1989-1994**, se determinó, como uno de sus objetivos generales el de umentar la Calidad, Oportunidad y Calidez de los servicios, con apoyo de una mayor Eficiencia administrativa, bajo criterios de simplificación y transparencia para su otorgamiento.

De igual forma se establece como objetivo particular el garantizar el acceso generalizado de la población derechohabiente a servicios de salud, debidamente estructurado por niveles, con énfasis en la Atención Primaria, oportuna y de alta y homogénea Calidad técnica y Humanitaria. (22).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio surge de la inquietud de conocer cual es el Nivel de Satisfacción general de los pacientes derechohabientes, y de la Calidad de la Atención médica en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado en la Ciudad de México; las características en la prestación del Servicio; en relación con las expectativas del derechohabiente, del otorgante de los Servicios y de la propia Institución.

En los diferentes Servicios que se ofrecen en la Unidad desde Administrativos hasta el Personal Médico, siendo importante también la relación Médico-Paciente-familia y la relación Paciente-Sistema administrativo.

Se conoce en forma empírica , el grado de Satisfacción de los usuarios Derechohabientes de esta Unidad

Se hace patente realizar Investigaciones en la organización de los Sistemas de Salud, en su Estructura Proceso y Resultado, para encontrar los factores que puedan influir en los índices de Satisfacción.

Por lo que se realizó la presente investigación, para conocer y evaluar los Niveles de Satisfacción en la Unidad.

JUSTIFICACIÓN

La interacción médico-paciente da como consecuencia un proceso para elaborar un buen diagnóstico, a partir del cual se inicia un proceso terapéutico, el que finalmente da por resultado la salud de los pacientes. La mejoría de la Atención Médica se expresa como un compromiso para prolongar la vida, aliviar la tensión emocional, restaurar las funciones bio-psico-sociales, evitar la incapacidad funcional y las muertes innecesarias.

Mejorar y mantener la calidad de los servicios Médicos que reciben los derechohabientes, es un propósito y compromiso impostergable. La modernización de las actividades inherentes a la atención a la salud tiene carácter prioritario dentro del proceso de modernización integral del I.S.S.S.T.E..

La evolución y desarrollo de técnicas y metodologías relacionadas con la calidad de los servicios Médicos, observada en los últimos años, constituye la base fundamental para trascender del concepto y enfoque tradicional de "Evaluación de la Calidad" al de "Garantía de Calidad", con ello, las acciones de monitoría y de detección de problemas, se complementan con el diseño y adopción de medidas para corrección y prevención, en un contexto de participación activa, permanente y sistemática por los Directivos del personal, así como de optimización en el uso y aprovechamiento de los Recursos disponibles. Además de las Evaluaciones periódicas a niveles superiores, Subdelegaciones y Subdirección General Médica.

De esta manera conoceremos el cumplimiento de los Objetivos, Metas, Programas, Productividad, Funcionamiento de los Comités Médicos Técnicos y Administrativos; así como la Eficiencia del Trabajador en el desempeño de sus labores. (7).

El programa de Garantía de Calidad total del Servicio Médico busca orientar este proceso de cambio mediante la constitución de órganos propios en cada unidad médica, los cuales serán responsables de impulsar la observancia y aplicación de normas de organización y prestación de servicios, así mismo, del diseño de adopción y establecimiento de mecanismos que permitan asegurar condiciones propicias para alcanzar la satisfacción, tanto de usuarios como de prestadores de los servicios médicos Institucionales.

Este trabajo de Investigación contiene la Cédula de Evaluación, con la que conoceremos el Grado de Satisfacción de la Población Usuaria de

los Servicios que se otorgan en la Unidad, Tiempos de Espera, Oportunidad y Accesibilidad.

Lo que será de utilidad para establecer con los otros indicadores la Calidad y Calidez brindada al Derechohabiente, para hacer un mejor uso de los Recursos existentes y una disminución en variaciones individuales entre el personal médico, en el uso de procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento.

Estos Instrumentos de Evaluación, son dinámicos y perfectibles, los que se modificarán o ampliarán conforme a los resultados obtenidos para efectos de reprogramación y reestructuración en las Unidades evaluadas, para hacerlas más Eficientes y Eficaces en el logro de las Metas y Objetivos asignados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Calidad de la Atención en la Unidad de Medicina Familiar Marina Nacional I.S.S.S.T.E., en forma permanente y retroalimentativa que permita la corrección de desviaciones para otorgar una mejor Atención al Derechohabiente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elevar al máximo la Calidad de la Atención Médica, ofreciendo al Derechohabiente una Atención Integral.

Racionalizar el empleo de Recursos Humanos, Materiales y Técnicos disponibles.

Facilitar al Derechohabiente la accesibilidad a los Servicios Médicos simplificando los trámites para obtenerlos.

Promover Cursos de Capacitación continua para todo el Personal de la Unidad.

Lograr la motivación de personal de los Servicios de Salud, para que incrementen en forma continua y paulatina el mejoramiento de la Calidad de los Servicios.

Mejorar la Atención al Derechohabiente, coordinando las actividades de los diferentes Servicios que se otorgan en la Unidad.

HIPÓTESIS

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA QUE SE OTORGA EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL DEL I.S.S.S.T.E. ES SATISFACTORIA.

DISEÑO

El presente trabajo es una investigación **SOCIO-MÉDICA**, ya que está encaminada a generar nuevos conocimientos sobre las condiciones de Salud de los Derechohabientes de la Unidad y la Respuesta Social organizada a dichas condiciones a Nivel de Población.

Es un Estudio:

PROSPECTIVO. La información se obtiene posterior a su planeación.

TRANSVERSAL Mide una sola vez las variables, estas miden las características del grupo en un momento dado.

DESCRIPTIVO Cuenta con una población, que se describe en función de un grupo de variables.

OBSERVACIONAL Describe o mide el fenómeno estudiado, sin modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Este Trabajo de Investigación se realizó de acuerdo con los siguientes parámetros:

UNIVERSO DE ESTUDIO

Población derechohabiente de la Clínica Marina Nacional del I.S.S.S.T.E.
Personal Médico, Paramédico, Administrativo y de Intendencia de la Clínica Marina Nacional del I.S.S.S.T.E.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población se determinó por medio de un muestreo al azar, no probabilístico. Se tomó en consideración a 300 pacientes usuarios de la Clínica Marina Nacional del I.S.S.S.T.E., que tiene una Población Usaria de 13.000 derechohabientes y 37.000 derechohabientes de Población Adscrita. Esta Investigación se realizó los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 1994; en la que se incluyeron a derechohabientes del Turno Matutino y del Turno Vespertino de la unidad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Las características de los elementos a estudiar son las que a continuación se mencionan:

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-

Se incluyeron pacientes de todas las edades, trabajadores o sus dependientes económicos: padres, esposas, esposos hijos y jubilados; independientemente del sexo, escolaridad, estado, laboral; o motivo de la consulta, que sean derechohabientes de dicha Institución y adscritos a esta Unidad.

• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.-

Pacientes no derechohabientes del I.S.S.S.T.E., así como aquellos que no desearon participar en el estudio.

• CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.-

Los Criterios de eliminación durante el Período de Investigación son pacientes que por cualquier causa omitieron respuestas en la Cédula de Evaluación, lo que modificaría los resultados.

PROCEDIMIENTOS DE LA CAPTACION Y PARAMETROS DE MEDICION

Este estudio se realizó aplicando 300 Cédulas de Evaluación de Satisfacción del Usuario y Tiempos de Espera, a pacientes derechohabientes que reunieron los criterios de Inclusión y que desearon participar en la Investigación.

PROCEDIMIENTOS DE CAPTACION DE LA INFORMACION

Se les Indico que la Información era anónima, que el motivo de la aplicación de la Encuesta, era conocer la opinión de los pacientes, de la atención recibida, fuera positiva o negativa, se les solicitó atentamente que regresaran los cuestionarios al Entrevistador que permaneció en la sala de espera para aclarar dudas y recibir de regreso los cuestionarios.

Su duración fué en el lapso de Agosto, Septiembre y Octubre de 1994, en ambos turnos de la Unidad.

Realizaron la Encuesta los investigadores que tuvieron la información necesaria para unificar los criterios y la forma de aplicación de la Cédula de Evaluación; evitando dentro de lo posible sesgos en la Investigación.

Estas se aplicaron al término de la consulta para poder captar así de manera amplia y completa su opinión acerca de todos los servicios a los que asistieron y por lo tanto conocer su grado de Satisfacción.

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION

Las variables Socio-demograficas que se tomaron en consideración fueron las que a continuación se enumeran y los resultados fueron expresados porcentualmente:

• TIPO DE DERECHOHABIENTE.-

TRABAJADOR, TRABAJADORA, ESPOSA, MADRE, PADRE, PENSIONADO HIJO E HIJA.

• SEXO.-

MASCULINO Y FEMENINO.

• EDAD.-

LAS EDADES COMPRENDIDAS FUERON DE 0 a 10 años, DE 11 a 20, DE 21 a 30, DE 31 a 40, DE 41 a 50, DE 51 a 60 Y De 60 o MAS.

• ESTADO CIVIL.-

CASADO, SOLTERO, UNION LIBRE, VIUDO Y DIVORCIADO.

• ESCOLARIDAD.-

PROFESIONAL, SECUNDARIA, CARRERA TÉCNICA, PRIMARIA O NINGUNA.

Las Variables relacionadas con la ACCESIBILIDAD de la Unidad hacia los Derechohabientes fueron:

• MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA LLEGAR A LA UNIDAD.-

TRANSPORTE COLECTIVO, CAMINANDO, AUTOMOVIL PARTICULAR O VARIOS TRANSPORTES.

• TIEMPO DE LLEGADA A LA CLÍNICA.-

MENOS DE MEDIA HORA, DE MEDIA HORA A UNA HORA y MAS DE UNA HORA.

TIEMPOS DE ESPERA.-

En relación con la duración de la consulta los rangos de espera fueron: MENOS DE MEDIA HORA, DE MEDIA HORA A UNA HORA y MAS DE UNA HORA.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO.-

Se evaluó cada pregunta, el grado de Satisfacción con una determinada dimensión en la atención; con preguntas concretas que determinaban claramente el grado de Satisfacción.

Lo que se valora con cada Dimensión, es un atributo general de Proceso, Estructura o Resultados y no atributos específicos de cada uno de ellos. La dimensión de la Calidad de la Atención determina la satisfacción del paciente con la Calidad de la Estructura, Limpieza de la Unidad o la Calidad del Proceso una relación Médico-Paciente más eficiente o en el Resultado una mejoría en el Estado de Salud o una mejoría en la Atención administrativa, Archivo, etc.; y así este razonamiento aplicado para cada dimensión.

Evaluados de la siguiente forma:

SATISFACCIÓN EN FORMA GLOBAL.

SATISFACCIÓN POR TURNO: MATUTINO Y VESPERTINO.

SATISFACCIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS A LOS QUE SE ACUDIÓ:

PERSONAL EVALUADO:

PERSONAL MEDICO, DE ENFERMERÍA, DE TRABAJO SOCIAL,
ADMINISTRATIVO, ARCHIVO, LABORATORIO, RAYOS X, FARMACIA,
VIGENCIA DE DERECHOS, LICENCIAS MEDICAS E INTENDENCIA.

SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS MAS UTILIZADOS:

SATISFACCIÓN EN EL PERSONAL MEDICO, DE ARCHIVO Y DE TRABAJO
SOCIAL ASÍ COMO SU GRADO DE SATISFACCIÓN EN CADA TURNO.

Realizándose un recuento de los pacientes que contestaron a las preguntas de Muy Satisfecho, Medianamente Satisfecho e Insatisfecho, expresándose los resultados porcentualmente; la escala utilizada para la determinación de la Satisfacción del paciente, se elaboró al asignarle a cada una de las opciones una escala subjetiva que evaluará el nivel de Satisfacción para cada pregunta.

MUY SATISFECHO se destinó para aquella opción de cada pregunta que reflejara un EXCELENTE CRÉDITO para la pregunta en cuestión.

MEDIANAMENTE SATISFECHO se destinó para aquella opción que reflejara BUEN CRÉDITO para la pregunta en cuestión.

INSATISFECHO se destinó para aquella opción que reflejara un REGULAR O PÉSIMO CRÉDITO para la pregunta en cuestión.

Con esta escala de Satisfacción se evaluaron a cada uno de los Servicios, abarcando ambos Turnos de la Unidad.

Estas variables se aplicaron en una Cédula de Evaluación que se realizó específicamente para esta Investigación. Tomando como base una encuesta que tiene mas de 3 años de aplicarse en la Unidad con el fin de conocer la opinión de los derechohabientes la problemática de la Unidad y la búsqueda de soluciones

CÉDULA DE EVALUACIÓN

PROPÓSITO:

Conocer principalmente, el Grado de Satisfacción de la Población usuaria a esta Unidad Médica, de los Servicios que se otorgan, Tiempos de Espera, Oportunidad y Accesibilidad, lo que será de utilidad para establecer la Calidad y Oportunidad de la Atención Médica que se brinda a los Derechohabientes.

Para el llenado de la Cédula se evitó influir en las respuestas proporcionadas por el usuario.

La Cédula se aplicó en forma permanente y sistematizada, en Entrevista Directa a 300 Derechohabientes en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 1994, en ambos Turnos de la Unidad.

Se realizó posterior a la información obtenida un Análisis, el cual planteará alternativas de solución a los problemas detectados, retroalimentando a cada uno de los Servicios y en base a esta información se implementarán acciones y programas para su solución.

ENCUESTA
EVALUACIÓN EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL
SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y TIEMPOS DE ESPERA

Estamos trabajando para lograr que sean mejor atendidas sus quejas; para esto es necesario tener información sobre los procesos de atención de los Derechohabientes y poder mejorar la Calidad de la Atención en esta unidad de Medicina Familiar Marina Nacional del I.S.S.S.T.E.. Por lo que solicitamos responder el siguiente cuestionario:

FECHA: _____ HORA EN QUE LLEGO A LA UNIDAD: _____
 CONSULTORIO: _____ NOMBRE DEL MEDICO: _____
 NOMBRE: _____ EXPEDIENTE: _____
 DIRECCION: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 COLONIA: _____ TELÉFONO: _____
 ESCOLARIDAD: Primaria _____ Secundaria _____
 Técnico _____ Profesional _____ Ninguna _____
 TIPO DE USUARIO:
 Trabajador _____ Trabajadora _____ Hijo _____ Padre _____
 Madre _____ Jubilado _____ Esposa _____ Esposo _____

MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA LLEGAR A LA UNIDAD:
 Caminando _____ Transporte particular _____ Transporte colectivo _____ Varios _____

¿CUANTO TIEMPO TARDA PARA LLEGAR?:
 Menos de 30 minutos _____ De 30 minutos a 1 hora _____ Mas de 1 hora _____

INICIO DEL PADECIMIENTO:
 24 horas antes _____ Mismo día _____ Más de 24 horas _____

PROGRAMO SU CITA POR TELÉFONO: Sí _____ No _____

CAUSA POR LA QUE SOLICITO LA ATENCIÓN:

SERVICIOS A LOS QUE ASISTIÓ EN LA UNIDAD:

Consulta Médica _____	Dental _____
Inmunizaciones _____	Planificación Familiar _____
Laboratorio _____	Rayos X _____
Papanicolau _____	Curaciones _____
Trabajo Social _____	Cursos de Capacitación _____

Detección de Enfermedades Crónicas Degenerativas:
 Diabetes _____ Obesidad _____ Hipertensión _____

¿TUVO PROBLEMA PARA OBTENER LA ATENCIÓN?
 No _____ Sí _____ ¿Por qué? _____

¿CUANTAS VECES HA REGRESADO POR LA MISMA CAUSA?
 Una _____ Dos _____ Tres _____ Control de enfermedad crónica _____
 TIEMPO EN QUE FUE ATENDIDO DESPUÉS DE SOLICITAR EL SERVICIO:

30 minutos _____ De 30 minutos a 1 hora _____ Más de 1 hora _____

SI ASISTIÓ POR CONSULTA MEDICA:

¿Le efectuaron interrogatorio? _____ ¿Exploración Física? _____

EL SERVICIO DE ENFERMERÍA LE TOMO:

Presión arterial _____ Peso _____ Talla _____

SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN MEDICA OTORGADA:

Satisfecho _____ Medianamente satisfecho _____ Insatisfecho _____

¿ENTENDIÓ LAS INDICACIONES DADAS POR EL MEDICO?:

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

SI ASISTIÓ AL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, ¿QUEDO SATISFECHO?:

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____ No asistió _____

¿COMO FUE EL TRATO AL RECIBIR LOS MEDICAMENTOS?

Satisfecho _____ Medianamente Satisfecho _____ Insatisfecho _____

¿COMO FUE EL TRATO EN RAYOS X?

Satisfecho _____ Medianamente Satisfecho _____ Insatisfecho _____

¿COMO FUE EL TRATO EN LABORATORIO?

Satisfecho _____ Medianamente Satisfecho _____ Insatisfecho _____

¿COMO FUE EL TRATO EN ARCHIVO?

Satisfecho _____ Medianamente Satisfecho _____ Insatisfecho _____

¿COMO FUE EL TRATO EN VIGENCIA DE DERECHOS?

Satisfecho _____ Medianamente Satisfecho _____ Insatisfecho _____

¿COMO FUE EL TRATO EN INCAPACIDADES?

Satisfecho _____ Medianamente Satisfecho _____ Insatisfecho _____

¿SE ENVIÓ A OTRO SERVICIO DE LA UNIDAD?

No _____ Sí _____

¿SE REQUIERE DE OTRO SERVICIO A NIVEL HOSPITALARIO?

No _____ Sí _____ ¿Cuál? _____

IMPRESIÓN FISICA DE LA LIMPIEZA EN LA UNIDAD:

Bueno _____ Regular _____ Malo _____

SATISFACCIÓN GLOBAL DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD:

Muy Satisfecho _____ Satisfecho _____

Regularmente Satisfecho _____ Insatisfecho _____

ENCUESTADOR: _____

HORA DE SALIDA: _____

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y RESULTADOS GRÁFICOS

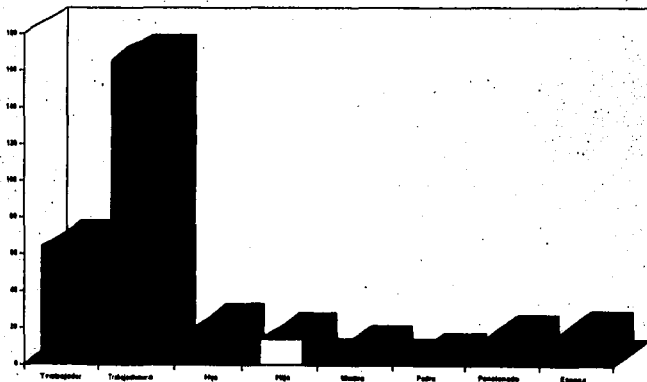
CUADRO NUM. 1

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994.

TIPO DE DERECHOHABIENTE

TIPO DE DERECHOHABIENTE	NUM.	%
TRABAJADORA	165	55.0
TRABAJADOR	64	21.3
ESPOSA	15	5.0
HIJO	19	6.4
HIJA	14	4.7
MADRE	7	2.3
PENSIONADO	13	4.3
PADRE	3	1.0
TOTAL	300	100

TIPO DE DERECHOHABIENTE



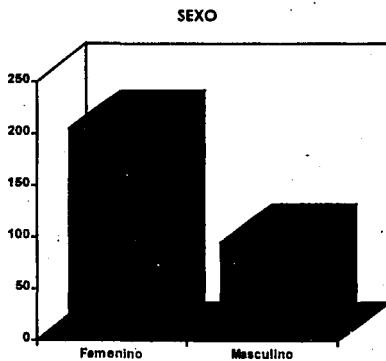
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD

CUADRO NUM. 2

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994.

SEXO

SEXO	NUM.	%
FEMENINO	205	68.3
MASCULINO	95	31.7
TOTAL	300	100.0



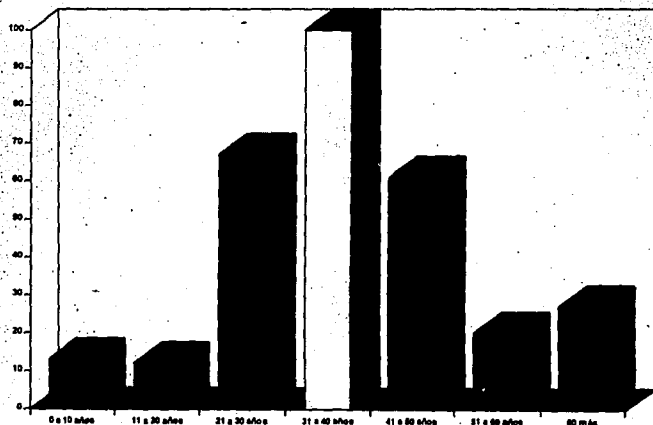
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

GRUPO DE EDAD.

GRUPO DE EDAD	NUM.	%
0-10 AÑOS.	13	4.3
11-20 "	12	4.0
21-30 "	67	22.4
31-40 "	100	33.3
41-50 "	61	20.3
51-60 "	20	6.7
61- MÁS.	27	9.0
TOTAL	300	100.0

GRUPO DE EDAD



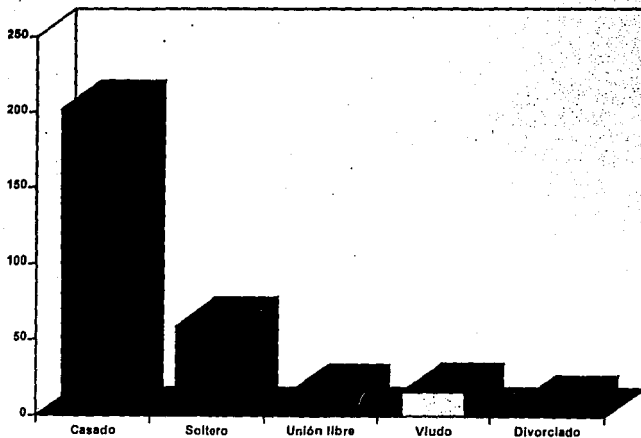
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	NUM.	%
CASADO	202	67.3
SOLTERO	59	19.6
UNIÓN LIBRE	15	5.0
VIUDO	16	5.3
DIVORCIADO	8	2.7
TOTAL	300	100

ESTADO CIVIL



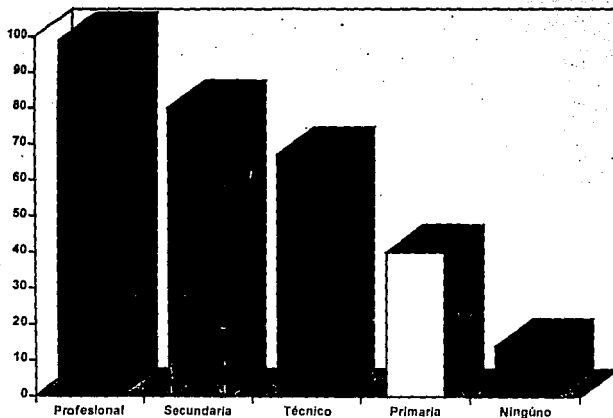
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NUM.	%
PROFESIONAL	99	33
SECUNDARIA	80	27
TÉCNICO	67	22
PRIMARIA	40	13
NINGUNA	14	5
TOTAL	300	100

ESCOLARIDAD



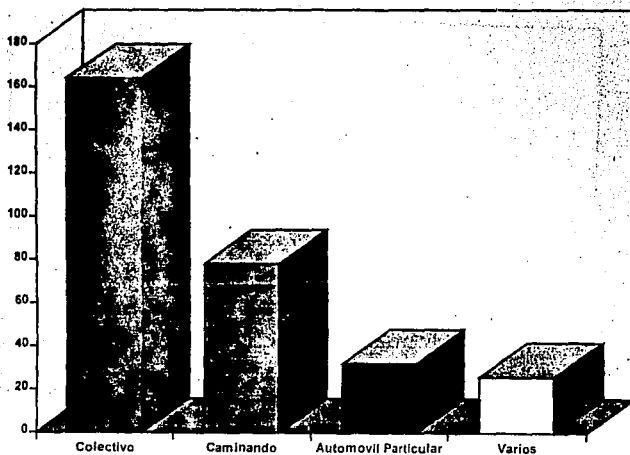
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

TRANSPORTE UTILIZADO POR LOS DERECHOHABIENTES.

TRANSPORTE	NUM.	%
COLECTIVO	164	54.5
CAMINANDO	78	26.0
AUTO PARTICULAR	32	11.0
VIARIOS	26	8.5
TOTAL	300	100

MEDIO DE TRANSPORTE



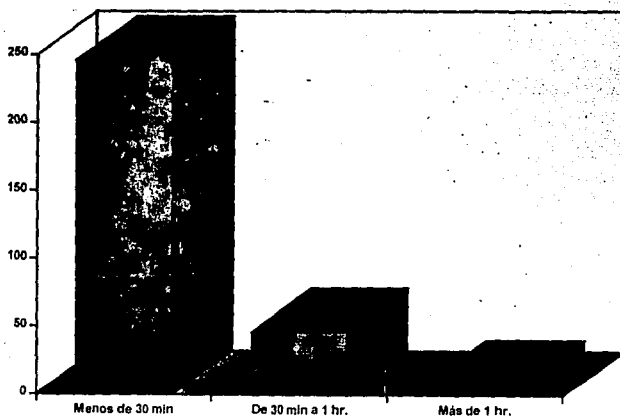
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

TIEMPO UTILIZADO PARA LLEGAR A LA CLÍNICA.

TIEMPO	NUM.	%
MENOS DE 30 min.	246	82
DE 30 min. - 1 HORA	46	15.4
MÁS DE 1 HORA	8	2.6
TOTAL	300	100

TIEMPO UTILIZADO EN LLEGAR A LA CLINICA



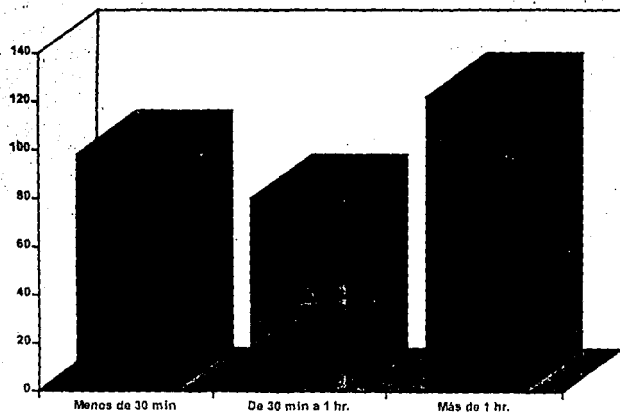
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MÁRINA NACIONAL I.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

TIEMPOS DE ESPERA

DURACIÓN DE LA CONSULTA	NUM.	%
MENOS DE 30 min.	98	32.7
DE 30 min. -1 HORA	80	26.6
MÁS DE 1 HORA	122	40.7
TOTAL	300	100

TIEMPOS DE ESPERA



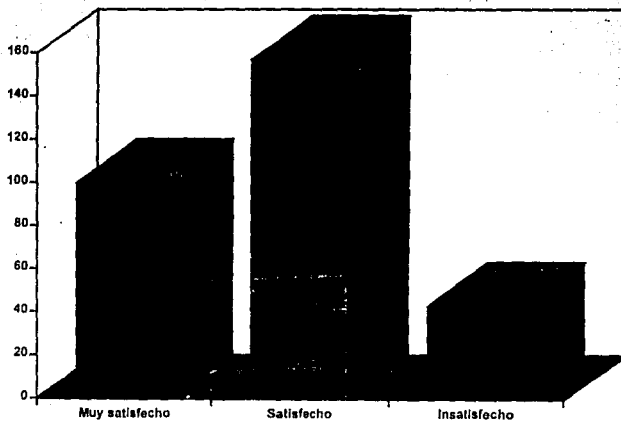
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO	NUM.	%
MUY SATISFECHO	100	33,3
MED. SATISFECHO	157	52,3
INSATISFECHO	43	14,4
TOTAL.	300	100

SATISFACCION DEL USUARIO POR SERVICIO



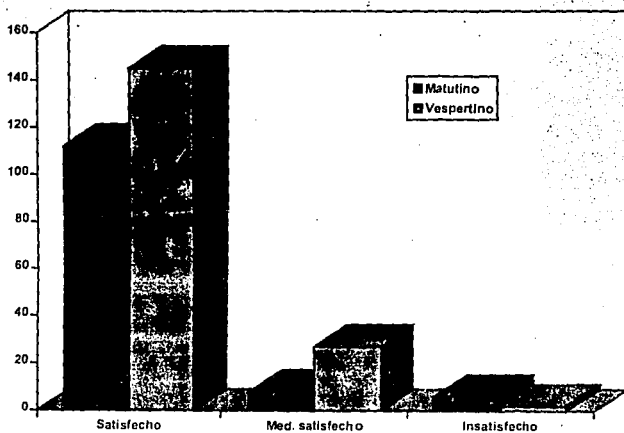
FUENTE:ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR TURNO.

TURNO	SATISFECHO		MED. SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
MATUTINO	112	88.9	8	6.3	6	4.8	126	40
VESPERTINO	145	83.3	27	15.6	2	1.1	174	58
TOTAL	257	87.7	35	11.7	8	2.6	300	100

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR TURNO.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

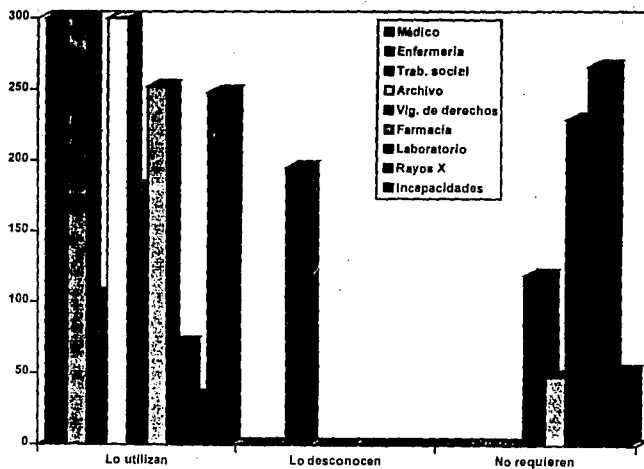
CUADRO NUM. 9.2

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

UTILIZACIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS.

SERVICIO	LO UTILIZAN		LO DESCONOCEN		NO REQUIEREN		TOTAL
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	
MÉDICO	300	100	-	-	-	-	300
ENFERMERÍA	297	99	-	-	3	1	297
TRAB. SOCIAL	105	35	195	65	-	-	300
ARCHIVO	300	100	-	-	-	-	300
VIG. DE DERECHOS	181	60.3	-	-	119	39.6	300
FARMACIA	252	84.0	-	-	48	16.0	300
LABORATORIO	71	23.7	-	-	229	76.3	300
RAYOS X	34	11.3	-	-	266	88.7	300
INCAPACIDADES	248	82.6	-	-	52	17.3	300

UTILIZACIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS.



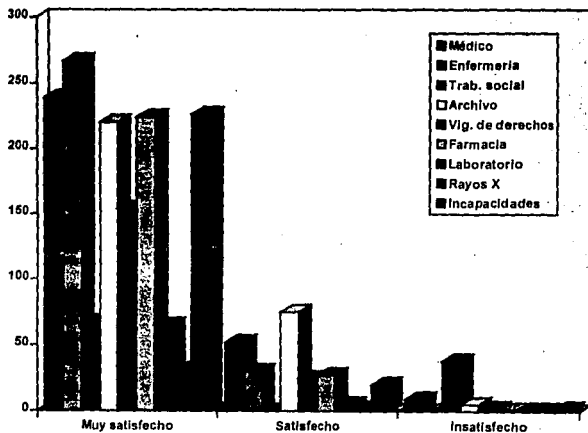
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS

SERVICIO	MUY SATISFECHO		MED. SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	
MÉDICO	239	80	52	17	9	3	300
ENFERMERÍA	267	90	30	10	-	-	297
TRAB. SOCIAL	67	64	-	-	38	36	105
ARCHIVO	220	73	75	25	5	2	300
VIG. DE DERECHOS	154	85	25	14	2	1	181
FARMACIA	224	88.8	27	10.7	1	0.3	252
LABORATORIO	65	91.5	5	7	1	1.4	71
RAYOS X	31	91.2	2	6	1	3	34
INCAPACIDADES	226	91.1	20	8	2	0.8	248

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO MÉDICO POR TURNO.

SERVICIO	MUY SATISFECHO		MED. SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	
MATUTINO	107	85	13	10.3	6	4.7	126
VESPERTINO	132	75.8	39	22.4	3	1.8	174
TOTAL	239	79.6	52	17.4	9	3.	300

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO MÉDICO POR TURNO.



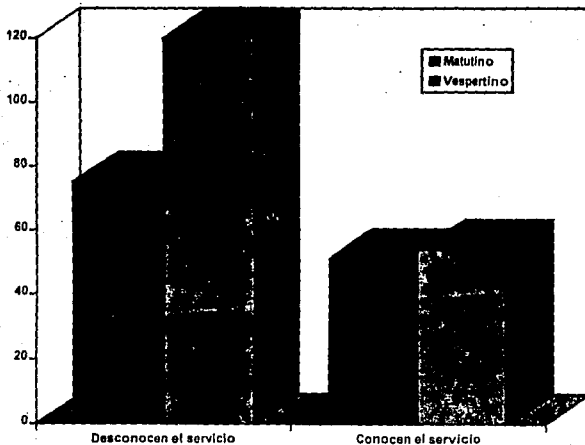
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

CONOCIMIENTO DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL POR TURNO.

TURNO	DESCONOCEN EL SERV.		CONOCEN EL SERVICIO		TOTAL	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
MATUTINO	75	60	51	40	126	42
VESPERTINO	120	69	54	31	174	58
TOTAL	195	65	105	35	300	100

CONOCIMIENTO DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL POR TURNO.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

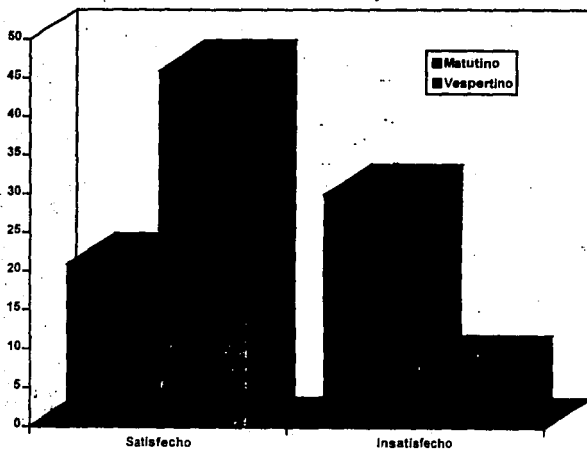
CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL POR TURNO.

TURNO	SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
MATUTINO	21	41.2	30	58.8	51	48.5
VESPERTINO	46	85	8	15	54	52.5
TOTAL	67	63.8	38	36	105	100

*Ninguno de los usuarios reporto estar MEDIANAMENTE SATISFECHOS.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL POR TURNO.



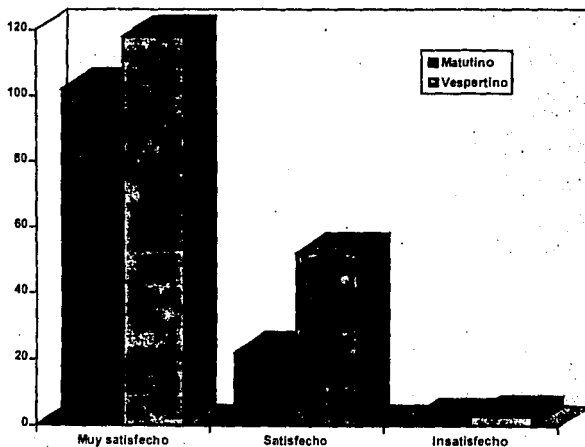
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE ARCHIVO CLÍNICO POR TURNO.

SERVICIO	MUY SATISFECHO		MED. SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	
MATUTINO	102	81	22	17.4	2	1.5	126
VESPERTINO	118	68	52	30	3	2	174
TOTAL	220	73	75	25	5	2	300

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE ARCHIVO CLÍNICO POR TURNO.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

REFERENCIA A OTRO SERVICIO DE LA UNIDAD

REF. A OTRO SERV.	NUM.	%
SI	69	23
NO	231	77
TOTAL	300	100

REFERENCIA A OTRO SERVICIO DE LA UNIDAD



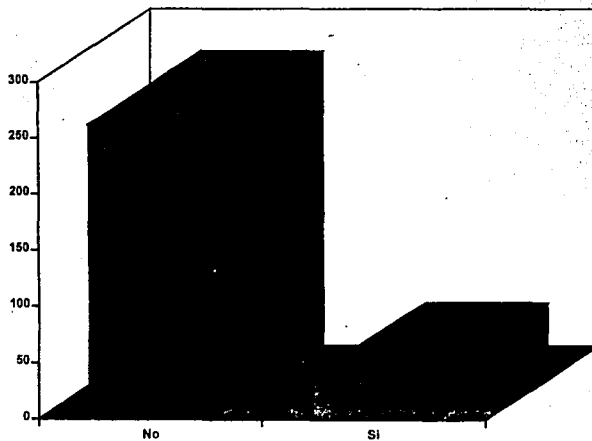
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

REFERENCIA DE PACIENTES A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

REF. 2º NIVEL DE ATENCIÓN.	NUM.	%
NO	262	87,4
SI	38	12,6
TOTAL	300	100

REFERENCIA DE PACIENTES A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



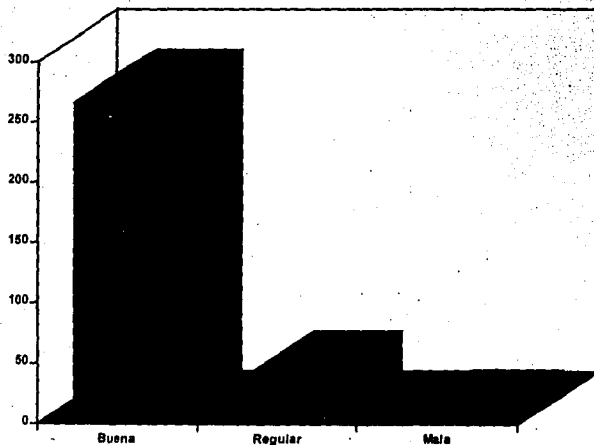
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

CLÍNICA DE MED. FAM. MARINA NACIONAL I.S.S.S.T.E.
AGOSTO-OCTUBRE 1994

LIMPIEZA DE LA UNIDAD.

LIMPIEZA DE LA UNIDAD.	NUM.	%
BUENA	266	88.6
REGULAR	33	11
MALA	1	0.3
TOTAL	300	100

LIMPIEZA DE LA UNIDAD.



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EN LA UNIDAD.

ANÁLISIS DE DATOS:

Se estudiaron un total de 300 Derechohabientes de la Clínica Marina Nacional del I.S.S.S.T.E., incluyendo: Trabajadores, Dependientes directos: Esposa, Padres, Hijos y Pensionados, en el período comprendido de Agosto a Octubre de 1994, y considerando al Turno Matutino y Vespertino de la Unidad.

Se analizaron las siguientes Variables Demográficas: Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Tipo de Derechohabiente, Medios de Transporte, Tiempo de Traslado para llegar a la Unidad, Limpieza de la Unidad, así como Tiempos de Espera y Satisfacción del Usuario.

Después de haber hecho la tabulación correspondiente encontrando lo siguiente:

Cuadro No. 1

TIPO DE DERECHOHABIENTE

En relación al Tipo de Derechohabiente se encontró que el 55 % (165) correspondió a Trabajadoras, el 21.3% (64) a trabajadores, el 5. % (15) a Esposas; el 6.4 % (19) a Hijos, el 4.7% (14) a Hijas, el 4.3 % (13) a Pensionados, el 2.3 % (7) a Madres y el 1 % (3) a Padres.

Siendo el mayor grupo de Derechohabientes que asiste a la Consulta Médica: las Trabajadoras, con 55%, Trabajadores 21.3%, e Hijos con 11.1 %, corresponden a Esposas el 5 % y el menor grupo que asistió a la Consulta Médica fueron los padres con un 3.3%.

Cuadro No. 2

SEXO

En relación a la Variable Sexo correspondió el 68.3% (205) al Sexo Femenino y el 31.7 % (95) al Sexo Masculino. Encontrando lo que en encuestas anteriores que la mujer asiste más a la consulta Médica.

Cuadro No. 3

GRUPO DE EDAD

En relación a la Variable Edad encontramos que en el rango de Edad de 0 a 10 años hubo 4.3 % (13), de 11 a 20 el 4 % (12), de 21 a 30 el 22.4 % (67). De 31 a 40 el 33.3% (100) Pacientes, de 41 a 50 el 20.3 % (61) de 51 a 60 el 6.7 % (20) y de 61 a más el 9% (27).

Siendo el grupo de población que más acude a la Clínica, el grupo de 31 a 40 años de edad con el 33.3% siguiendo el grupo comprendido entre los 21 y 30 años con 22.4% y de 45 a 50 años con el 20%. Correspondiendo estos 3 grupos de edad de 21 a 50 años los que mas acuden a la Consulta Medica, que viene a ser la Población económica activa.

Cuadro No. 4

ESTADO CIVIL

En relación al Estado Civil encontramos lo siguiente:

Casados con el 67.3% (202), Solteros con el 19.6% (59), en Unión libre con el 5% (15), Viudos 5.3% (16) y Divorciados con el 2.8% (8).

Los Derechohabientes que acuden con mayor frecuencia al Servicio Médico son los Casados con 67.3%, en segundo término los Solteros con 19.6% y posteriormente Viudos y los que se encuentran en Unión Libre 10.3%, los que menos acuden son los Divorciados 2.8%.

Cuadro No. 5

ESCOLARIDAD

En relación con la Variable Educativa se encontró que el 33 % (99) corresponden a Profesionistas, el 27 % (80) a Derechohabientes que cursaron la Secundaria, el 22 % (67) cursaron una Carrera Técnica, el 13 % (40) terminaron Primaria y el 5 % (14) no refirieron tener grado de Escolaridad.

Lo que concuerda con la Tabla número 3, en la que el grupo predominante son de 21 a 50 años que es la Población Económicamente activa, que el 33% son Profesionistas, el 27% tienen la Secundaria y el 22% tienen una Carrera Técnica.

Cuadro No. 6

MEDIO DE TRANSPORTE

En relación con el Medio de Transporte utilizado por los Derechohabientes de la Unidad, corresponden al 54.5% (164) utilizan un transporte colectivo (microbús, metro), el 26% (78) llegan caminando por la cercanía de su domicilio, el 11% (32) utilizan Vehículo Particular y solo el 9% (26) utilizan más de un vehículo para llegar a la Clínica..

Se deduce que la Unidad es Accesible ya que cuenta con amplios Medios de Comunicación, el 54.5% se transporta en medios colectivos, el 26% de los Derechohabientes llegan caminando a la misma y el 65% llegan a la Unidad en un único Transporte, solo el 9% usan mas de un medio de Transporte.

Cuadro No. 7

TIEMPO UTILIZADO EN LLEGAR A LA CLÍNICA.

Del tiempo que utilizan los Usuarios para llegar a la Clínica, se encontró que el 82% (246) llegan en menos de media hora, 15.4% (46) de 30 minutos a una hora y solamente el 2.6% (8) tardan más de una hora.

Lo que corrobora los datos del cuadro anterior, que la Unidad es Accesible a los Derechohabientes, ya que el 97.4% tardan menos de una hora en llegar a la Clínica caminando o utilizan solo un medio de transporte, lo que además no repercute en el gasto familiar.

Cuadro No. 8

TIEMPOS DE ESPERA

En relación al tiempo utilizado para obtener la Consulta Médica se encontró que el 32.7% (98) fue atendida en menos de 30 minutos, 26.6% (80) fue atendida en un período de 30 minutos a una hora y el 40.7% (122) tardaron más de una hora.

Se deduce que el Tiempo de Espera es mínimo ya que la mayoría de las consultas 59.3 % fueron atendidos en menos de una hora.

Cuadro No. 9

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

En relación a Satisfacción del Usuario en forma global, se encontró lo siguiente: Muy Satisfechos 33.3 % (100), Medianamente Satisfechos 64% (192), e Insatisfechos el 2.6 % (8).

Podemos concluir que el 97.3% de los Derechohabientes estuvieron Satisfechos de la Atención Médica corroborando la Hipótesis de este trabajo de Investigación, que la Unidad de Medicina Familiar Marina Nacional, otorga una Atención Médica Satisfactoria, quedando solamente el 2.7 % de los pacientes Insatisfechos.

Cuadro No. 9.1

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR TURNO

En el turno Matutino estuvieron Muy Satisfechos de la Atención médica otorgada el 88.9% (112), Medianamente Satisfechos el 6.3% (8) e Insatisfechos el 4.8% (6).

En el turno Vespertino estuvieron Muy Satisfechos el 83.3% (145), Medianamente Satisfechos el 15.6% (27) e Insatisfechos el 1.1% (2).

Se deduce que la Población Derechohabiente que recibió Consulta Médica en el turno Matutino el 95.2% de los Usuarios encuestados quedaron Satisfechos de la misma y el 98.9% de la Población Usaria del turno Vespertino quedaron Satisfechos, resultando que la mayoría de la población en ambos turnos quedaron Satisfechos de la Atención Médica, siendo ligeramente mayor el 3% en el turno Vespertino.

Cuadro No. 9.2

UTILIZACIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS

Se encontró que el 100% (300) de la Población recibió: Consulta Médica, y asistió al Servicio de Archivo Clínico.

Al Servicio de Enfermería asistieron el 99% (297).

Al Servicio de Trabajo Social acudió el 35% (105), y el 65% (195) no acudieron por desconocimiento del servicio.

Al Servicio de Vigencia de Derechos acudió el 60.3% (181) y el 39.7% (119) no requirieron del Servicio.

Al Servicio de Farmacia acudió el 84% (252) y el 16% (48) no requirió el Servicio.

Al Servicio de Laboratorio acudió el 23.7% (71) y el 76.3% (229) no lo requirió.

Al Servicio de Rayos X acudió el 11.3% (34) y el 88.7% (266) no lo requirió.

Al Servicio de Incapacidades, elaboración de Certificados médicos y Cuidados Maternos asistió el 82.7% (248) y el 17.3% (52) no lo requirió.

Se deduce que los Servicios más utilizados fueron: El Servicio Médico, Archivo-Clinico, el Servicio de Enfermería, Farmacia y el Servicio de Incapacidades y Justificantes Médicos.

Los Servicios menos requeridos fueron: Rayos X, Laboratorio y Vigencia de Derechos.

El Servicio de Trabajo Social fué utilizado por el 35% (105) y el 65% (195) no conocían el servicio, por encontrarse este en el ultimo cubículo al final de la planta baja, por lo que lo hace poco accesible al Usuario, ya que después de solicitar la Consulta Médica en el Archivo Clínico, suben directamente a los Consultorios.

Debiendo estar ubicado este Servicio de preferencia en el primer piso, cerca de los Consultorios médicos, lo que disminuiría la problemática en general, al estar en contacto constante con el usuario y facilitaría la realización de todos sus Programas .

Cuadro No. 9.3

CONOCIMIENTO DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL POR TURNO

En el Turno Matutino el 60 % (75) desconocen el servicio de Trabajo Social, el 40% (51) conocen este servicio, mientras que en el Turno Vespertino 69% (120) desconocen el servicio, y 31% (54) conocen el servicio.

Corroborando así lo expuesto en el cuadro No. 9.2 que solo el 35 % de la Población encuestada conocía el Servicio de trabajo Social, lo que se debe como anteriormente se expuso a su ubicación.

Cuadro No. 10

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS.

En relación a la Evaluación de Satisfacción del Usuario por Servicio se encontró que: en el Servicio de Archivo el 73% (220) estuvieron Muy Satisfechos, Medianamente Satisfechos un 25 % (75), y el 2 % (5) estuvieron Insatisfechos.

En el Servicio de Vigencia de Derechos el 85% (154) estuvo Muy Satisfecho, el 14% (25) estuvo Medianamente Satisfechos y solo el 1% (2) estuvieron Insatisfechos.

En el Servicio de Enfermería el 90% (267) estuvieron Muy Satisfechos, y el restante 10 % (30) Medianamente Satisfechos.

En el Servicio de Trabajo Social el 64% (67) estuvo Muy Satisfecho, el 36% (38) Insatisfecho.

En relación al Personal Médico el 80% (239) estuvieron Muy Satisfechos, el 17% (52) Medianamente Satisfechos y el 3% (9) Insatisfechos.

En el Servicio de Laboratorio el 91.5% (65) estuvieron Muy Satisfechos, el 7% (5) estuvieron Medianamente Satisfechos y el 1.5% (1) Insatisfechos.

En el Servicio de Rayos X el 91.2% (31) estuvieron Muy Satisfechos, el 5.8% (2) quedaron Medianamente Satisfechos, y el 3% (1) Insatisfechos.

En el Servicio de Farmacia el 99.% (224) estuvieron Muy Satisfechos, el 10.7% (27) se mostró Medianamente Satisfechos y el 0.3% (1) Insatisfechos.

En el Servicio de Incapacidades el 91.2% (226) se encontraron Muy Satisfechos, el 8% (20) Medianamente Satisfechos y el 0.8% (2) estuvieron Insatisfechos.

Otros Servicios como Dental, Curaciones, Medicina Preventiva y Papanicolaou no fueron calificados en las Cédulas de Evaluación por los Derechohabientes.

Siendo el Servicio de Enfermería, Personal Médico, Farmacia, Archivo Clínico, Laboratorio y Rayos X los que más estuvieron Satisfechos de sus Servicios por los Derechohabientes, quedando más Insatisfechos del Servicio de Trabajo Social.

Es necesaria la reubicación de Trabajo Social por ser este Servicio de primera necesidad para el buen funcionamiento de la Unidad y por los múltiples programas que tienen a su cargo.

Cuadro No. 11

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIO Y POR TURNO

En relación a la Variable de Satisfacción del Usuario por Servicio y por Turno del Personal Médico, en el turno Matutino el 85% (107) quedaron Muy Satisfechos, el 10.3% (13) quedaron Medianamente Satisfechos y el 4.7% (6) Insatisfechos. En el turno Vespertino el 75.8% (132) quedaron Muy Satisfechos, el 22.4% (39) quedaron Medianamente Satisfechos y el 1.8% (3) Insatisfechos. Por lo que se deduce que el 97% de la Población Usaria quedó Satisfecha en ambos turnos de la consulta otorgada.

Cuadro No. 11.1

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIO Y POR TURNO

En relación a la Variable de Satisfacción del Usuario por Servicio y por Turno en el Servicio de Trabajo Social en el Turno Matutino el 41.2% (21) quedaron Satisfechos, el 58.8% (30) quedaron Insatisfechos. En el Turno Vespertino, el 85% (46) estuvieron Satisfechos, el 15% (8) quedaron Insatisfechos.

Se deduce que el 85% de la Población Usaria del Turno Vespertino estuvieron Satisfechos de este Servicio, mientras que solo el 41.2% de la población del Turno Matutino quedaron Satisfechos.

Debiendo mejorar el Servicio de Trabajo Social en el Turno Matutino ya que el 58.8% quedaron Insatisfechos.

Cuadro No. 12

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIO Y POR TURNO

En relación a la Variable de Satisfacción del Usuario por Servicio y por Turno relacionado con Archivo Clínico en el Turno Matutino el 81% (102) estuvieron Satisfechos, el 17.4% (22) quedaron Medianamente Satisfechos y el 1.6% (2) quedaron Insatisfechos.

En el Turno Vespertino el 68% (118) estuvieron Satisfechos, el 30% (53) quedaron Medianamente Satisfechos y el 2% (3) quedaron Insatisfechos.

De lo que se deduce que el 98% de la población usuaria que utilizó este Servicio quedaron Satisfechos, siendo ligeramente mayor la satisfacción en el Turno Matutino.

Cuadro No. 13

REFERENCIA A OTRO SERVICIO DE LA UNIDAD

En relación con la Población Usuaria que fueron enviados a otro servicio dentro de la unidad solo el 23% (69) se enviaron a otro Servicio y el 77% (231) no lo requirió.

Se deduce que el 23% de la población utilizaron más de un Servicio entre ellos Medicina Preventiva, Papanicolau, Curaciones y Dental.

Cuadro No. 14

REFERENCIA SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

En relación al envío de pacientes al segundo nivel de atención, que corresponden a la Clínica Marina Nacional y que son el Hospital Tacuba y la Clínica Alberto Pisanty Ovadía, encontramos que solo el 12.6% (38) fueron enviados y el 87.4% (262) no requirió ser enviado a otro nivel de Atención Médica.

Se deduce que en el 87.4% de los pacientes, les fue solucionado su problema médico en la Unidad. Lo que nos indica que la mayoría de los padecimientos corresponden a Unidades de Primer Nivel de Atención Médica.

Cuadro No. 15

LIMPIEZA DE LA UNIDAD

En relación a la limpieza de la Unidad se encontró que el 88.6% (266) consideraron que la Unidad estaba limpia, el 11% (33) se encontraba Regularmente limpia y el .4% (1) que la Unidad estaba en malas condiciones de limpieza.

Se deduce que la mayoría de la población derechohabiente mostró una buena impresión de la limpieza de la unidad, exceptuando en los sanitarios, lo que deberá de corregirse y supervisarse continuamente por parte del personal Administrativo para evitar esta desviación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se llevó a cabo en forma adecuada conforme a las reglas éticas establecidas, sin tratar de influenciar al derechohabiente de forma directa o indirecta, considerando solo la determinación del Investigador, a lo que se llama "Despolarización de la evaluación" así como en el concentrado de los resultados ya que se trató de evitar sesgos de cualquier índole durante la Investigación, por lo cual tampoco existió ningún riesgo para los sujetos evaluados.

CONCLUSIONES

La importancia del presente estudio, radica en el hecho de considerar la opinión de los pacientes acerca de como reciben la atención de los Servicios de Salud y como él los juzga en términos de Satisfacción o Insatisfacción. Los resultados muestran cierta consistencia con los resultados de otros trabajos (25) que evalúan la Satisfacción de los pacientes en cuanto a la Calidad del Servicio y la atención recibida.

La población derechohabiente, tiene las siguientes características:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

- El mayor grupo de derechohabientes que asiste a la Unidad son las Trabajadoras, el menor grupo que acude por la Consulta Médica fueron los padres de los trabajadores.

- Referente al Sexo encontramos lo que en Encuestas anteriores, que el Sexo Femenino acude más a la Consulta Médica, con una relación de 2:1 con el Sexo Masculino.

- El grupo de Edad que mas acude corresponde al rango de 21 a 50 años, que es la población económicamente activa.

- Los Derechohabientes casados son los que acuden con mayor frecuencia al Servicio Médico siguen en orden de frecuencia los Solteros y los que menos acuden son los Divorciados.

- En cuanto a la Escolaridad se investigó si habían cursado la Primaria hasta Profesional, encontrando que la Población usuario de la Unidad, la mayoría son Profesionistas, en segundo lugar terminaron la Secundaria o cursaron una Carrera Técnica, lo que nos indica que la mayoría de la población tienen un nivel Educativo Medio-Superior.

ACCESIBILIDAD.

La Unidad es muy Accesible a los Derechohabientes, ya que cuenta con amplios Medios de Comunicación. La mayoría se transporta en medios colectivos, en un lapso de menos de media hora, utilizando un único transporte, o llegan caminando. Lo que no va a repercutir además en el gasto familiar.

TIEMPOS DE ESPERA.

En relación a Tiempos de Espera se obtuvo que es el adecuado, ya que la mayoría de las Consultas se realizaron en menos de una hora.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

En relación a la Satisfacción del Usuario los resultados concuerdan con la Hipótesis del Investigador; que la Calidad de la Atención de la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional es Satisfactoria, ya que el 97,3 % de la Población usuaria estuvieron Satisfechos de la Atención Médica otorgada.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR TURNO.

La mayoría de la población derechohabiente de ambos Turnos quedaron Satisfechos de la Atención Médica en general, siendo ligeramente mayor en el Turno Vespertino.

UTILIZACIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS.

Los Servicios más utilizados por los Derechohabientes fueron:

El Servicio Médico, Archivo Clínico, Enfermería, Farmacia, el Servicio de Incapacidades y Justificantes Médicos. El Servicio menos utilizado fué el Servicio de Trabajo Social con un 35 % ,el restante 65% no conocía el Servicio, ya que este no se encuentra bien ubicado dentro de la Unidad. Conociendo este Servicio en mayor proporción los derechohabientes del Turno Matutino que los usuarios del Turno Vespertino.

Los Servicios de Laboratorio y Rayos X fueron menos solicitados por el tipo de padecimiento que no requirieron de estos Servicios.

El Servicio de Vigencia de Derechos tampoco fué muy requerido, ya que la mayoría de la población derechohabiente tiene actualizada su documentación, y lo utilizan cuando son enviados a otro Nivel de Atención.

CONOCIMIENTO DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL POR TURNO.

El Servicio de Trabajo Social lo conocen mas en el Turno Matutino con un 40 % y en el Turno Vespertino con un 31 %. Siendo en general el desconocimiento de este Servicio en la Unidad por la mayoría de la población usuaria, es necesario el cambio de ubicación en las áreas de los consultorios médicos para que los derecho-habientes puedan conocer lo y darle la utilización que este servicio requiere.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIOS.

En relación a la Satisfacción del Usuario por Servicio, se encontró que la mayoría de los Servicios quedaron muy Satisfechos entre un 90 y 80 %.

Laboratorio, Rayos X, Incapacidades, Enfermería, Farmacia, Vigencia de Derechos y Personal Médico.
De Archivo Clínico quedaron Satisfechos un 73% y de Trabajo Social quedaron el 64 % Satisfechos.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR SERVICIO Y POR TURNO.

Los usuarios del Turno Matutino quedaron la mayoría 95.3 % Satisfechos con el trato otorgado por el Personal Médico, en el Turno Vespertino quedaron el 98.2 % Satisfechos, siendo ligeramente mayor la Satisfacción en el Turno Vespertino.

En relación al trato otorgado por el Personal de Archivo Clínico, los derechohabientes del Turno Matutino quedaron más Satisfechos 98.4%, que los del Turno Vespertino 98%.

En relación al Servicio de Trabajo Social los Derechohabientes del Turno Vespertino quedaron más Satisfechos en un 85%, que los del Turno Matutino con un 41%.

En general la mayoría de los derechohabientes de la Unidad quedaron Satisfechos del trato otorgado.

Algunos Servicios requieren Cursos de Relaciones Humanas en los que se trate de analizar la Satisfacción del Usuario, motivos de Insatisfacción y su corrección posterior mediante Círculos de Calidad.

Estableciendo la calidad como Política, diseñando e instrumentando Programas de Calidad, siendo la Dirección de las Unidades las encargadas de aplicar Programas de entrenamiento en control de Calidad. Ya que la población usuaria demanda servicios con oportunidad y cortesía, información clara y veraz por personal capaz, realización óptima del proceso y ausencia de complicaciones.

REFERENCIA A OTRO SERVICIO EN LA UNIDAD.

La tercera parte de la población que acudió a la Consulta Médica utilizaron más de un Servicio, entre los que se encuentra el Servicio de Dental, Medicina Preventiva, Curaciones, Planificación Familiar y Detección de Cáncer Cérvico Uterino y Detección de Cáncer Mamario.

Existen numerosos pacientes que participan en actividades formativas como son: Corte y Confección, Estética, Secundaria y Preparatoria Abierta, Guitarra; Cocina Vegetariana, Tarjetería Española. El tener este tipo de conocimientos les puede servir para mejorar su nivel económico familiar.

**ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Asisten además a Cursos que el Servicio de Trabajo Social realiza junto con el equipo interdisciplinario de la Unidad: Médicos, Enfermería, Enseñanza, Administrativos, con contenidos temáticos diferentes: Primeros Auxilios, Adolescencia, Sexualidad etc, capacitándolos para que estos conocimientos los apliquen en su ámbito familiar.

Se cuenta también con los Grupos de Patología común como son: Hipertensión Arterial, Obesidad y Diabetes, donde se busca que los derechohabientes o familiares que tienen estas patologías tengan mayor conocimiento de su enfermedad y sepan evitar así sus complicaciones.

La formación de estos Grupos de Patología, buscan mediante la Educación para la salud de la comunidad, el conocimiento de las medidas para su autocuidado y conocer cuando es necesario solicitar la Atención Médica en forma oportuna.

REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.

Solo el 12.6 % de los pacientes encuestados fueron enviados a un Segundo Nivel de Atención, lo que indica que a la mayoría de los pacientes, les es solucionado su padecimiento en la Unidad, correspondiendo la mayoría de los padecimientos a las Unidades de Primer Nivel.

LIMPIEZA DE LA UNIDAD.

La mayoría de la Población derechohabiente mostró una buena impresión de la limpieza de la Unidad, exceptuando los Sanitarios, puede corregirse esta desviación mediante una mayor supervisión del Área Administrativa.

SUGERENCIAS

Es evidente que las Instituciones de Salud y Seguridad Social participen en la modernización del país, en ese sentido los Servicios de Salud confieren igual importancia a las cuatro funciones de la Medicina; Salud Pública, Atención Médica, Educación e Investigación Médica. El desarrollo de cualquiera de ellas en perjuicio o abandono de alguna otra, propicia su marcha claudicante

La Garantía de la calidad constituye no sólo un concepto sino un marco integrador de diversas estrategias, por lo que es requisito indispensable para valorar la Calidad de la Atención Médica, llevar a cabo en primera instancia la Monitoría y la Evaluación de la Atención, para conocer si se otorga conforme a las normas establecidas con Oportunidad, amabilidad y trato humano, es la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor de este, que actualmente se le menciona como Calidez de la Atención Médica, diseñar y aplicar los mecanismos que permitan evaluar la Calidez, identificar los problemas que la afectan y establecer criterios, estándares e indicadores de Calidad.

-Utilizar los Recursos disponibles para realizar la Promoción y Protección específica de la Salud, incrementando el autocuidado de la Salud, mediante la participación activa del paciente y de la comunidad.

-Con la finalidad de hacerla mas cálida, oportuna y otorgarla con mayor calidad, la Consulta Externa de Medicina Familiar deberá reorganizarse, facilitando su otorgamiento , mediante cita previa, simplificando el Expediente clínico, incrementando su capacidad resolutoria, e introduciendo un Sistema Computarizado que permita que el personal se ocupe mas de las personas y menos de los papeles.

-Mejorar la Relación Médico-Paciente , ya que los pacientes catalogan a sus médicos de acuerdo al trato que reciben de ellos y en muchas ocasiones se afician tanto, que su confianza rebasa las relaciones estrictamente medicas para resultar amistosas y cordiales.

La relación médico-paciente es la principal arma que cuentan los médicos para solucionar los problemas de Salud de sus pacientes, es el instrumento que indispensablemente deben saber manejar todos incluyendo a todo el personal de la Unidad.

-Identificar en forma mas clara y oportuna las necesidades y demandas de la Población Derecho habiente.

-Mejorar con profesionalismo los Tiempos de Espera, en algunas ocasiones se les hace esperar para recibir la atención Médica y el paciente desea recibirla con prontitud, profesionalismo y buen trato del personal que lo atiende.

- Mejorar la Educación para la Salud de los usuarios, en relación con los conocimientos que deben tener acerca de los padecimientos más frecuentes, de los Servicios y recursos adecuados para su atención efectiva y de la forma en que deben utilizarlos.

-Atender con prontitud la atención de las Quejas mediante el Modulo de Orientación e Información al Derechohabiente, utilizando así mismo el Buzón de Quejas. Estos elementos son útiles para retroinformar a los responsables de los Servicios Médicos, a condición de que los buzones no se conviertan en depósitos de catarsis y que a cada queja se le dé una respuesta oportuna y una solución correctiva.

-Disminuir los riesgos y prevenir los daños, todo a través de la Educación y el Fomento a la Salud.

-Capacitar formar y desarrollar al Personal para la Atención de la Salud, promover la Capacitación del Personal por áreas y en forma interdisciplinaria de acuerdo con actividades definidas Es necesario un reforzamiento en la Capacitación a diferentes niveles en forma continua, en relación a las desviaciones encontradas en las evaluaciones.

Es preciso referir (25) que toda capacitación se realiza en función de necesidades, por lo que se requiere partir del conocimiento y evaluación de las necesidades presentes a corto plazo y posteriormente, necesidades a mediano y largo plazo. Toda capacitación debe encaminarse a cubrir e incrementar los conocimientos y habilidades del personal y con esto aumentar la calidad y productividad.

Es tan importante la Capacitación en la Institución, que solo con ella será posible:

-Eleva la Productividad.

-Eleva la Calidad.

-Mejora la planeación de recursos.

-Contribuir a la Higiene y Seguridad en el trabajo.

-Evitar la obsolescencia y enajenación del personal

-Contribuir al desarrollo del personal.

-Estimular el sentido del trabajo en el Personal, mediante un Programa Motivacional, en el que se les da la oportunidad de hacer uso de sus habilidades y conocimientos, darles a conocer la manera en que el trabajo ayuda en su desarrollo personal y profesional y la responsabilidad que tienen

en su trabajo, evaluándolo en forma intermitente, reconociendo su esfuerzo y remunerándolo según su desempeño en el mismo. Estableciendo programas de estímulos y reconocimiento al trabajo sobresaliente, así como la aplicación de medidas correctivas cuando estas se consideren necesarias.

Mantener supervisiones operativas internas en forma constante por parte de los Jefes de Servicio; aplicando encuestas frecuentes que tienen como finalidad conocer la satisfacción de los usuarios, del prestador de servicios; lo que disminuirá considerablemente las desviaciones en forma oportuna y su rectificación inmediata.

Mantener y procurar ampliar la infraestructura y los insumos indispensables para la realización del proceso de la Atención Médica.

-Realizar las adaptaciones o reubicaciones que se requieran para lograr con esto una mayor o mejor funcionalidad. En base a estos avances en la Estructura y Proceso de la Atención se podrá lograr el mayor beneficio para los derechohabientes de las Unidades Médicas, e incrementar en forma continua la Calidad de la Atención Médica, generando actitudes positivas de cambio hacia la mejoría del Nivel de Salud y Bienestar de los Derechohabientes.

ANEXO

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

ISSSTE
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL

**EVALUACIÓN EN
UNIDADES DE PRIMER NIVEL**

SERVICIO				FECHA
IDENTIFICAR PROBLEMA.	ALTERNATIVAS SOLUCIÓN	RESPONSABLE	FECHA INICIO TERMINO	OBSERVACIONES

BIBLIOGRAFÍA

1. Armando Cordero, Manuel Babenrieth. Administración de Sistemas de Salud, tomo II, 1983; 646-647.
2. Introducción a la Calidad de Servicios de Salud, 1994. Instituto Nacional de Salud Pública, Programa de Educación Continua de la Escuela de Salud Pública de México, 1994; 2-22.
3. Hernán San Martín. Salud y Enfermedad, Edit. Prensa Médica Mexicana 1977; 538-539.
4. Francisco J. Yepes L.M.D. De la Administración a la Gerencia de Servicios de Salud Docente, Unidad de Desarrollo de Sistemas de Salud. Universidad Javeriana, Bogotá, Julio 1990; 3-15.
5. Armando Cordero, Manuel Babenrieth. Administración de Sistemas de Salud, tomo I, 1983; 208-213.
6. Alberto Lifshitz Guinzberg. El Modelo Moderno de Atención a la Salud y el Proceso Educativo, Rev. Med. I.M.S.S. Mex., vol. 32, no. 1, Enero, Febrero 1994; 97-106.
7. Norma para la Garantía de Autores de la Atención Médica, Subdelegación General Médica I.S.S.S.T.E., Julio 1991; 18-20.
8. Modelo del Sistema de Evaluación de Salud, Cuadernos Técnicos de Planeación, no. 7, S.S.A., Subsecretaría de Salud de Planeación Dirección General de Evaluación, 1989; 28.
9. Programa de Garantía de Calidad Total de Servicios Médicos, Subdirección General Médica, I.S.S.S.T.E., Agosto 1991; 1-4.
10. Donabedian Avedis M.D. Evaluating the Quality of Medical Care, Milk Bank Memorial Fund Quartely, vol. XLIV, no. 3, Julio 1966; 166-167.
11. Rodolfo Rojas Rubí, Subdirector General Médico. Manual de Urbanización y Funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, Subdelegación General Médica I.S.S.S.T.E., Julio 1991; 1-4.

12. Donabedian Avedis M.D. La Calidad de la Atención Médica, capítulos 1, 2 y 3, edit. Prensa Médica Mexicana, 1984; 94-123.

13. Donabedian Avedis M.D. Twenty Years of Research of the Quality of Medical Care Evaluation and Health Profeson, vol. 8, no. 3; Septiembre 1985; 243-265.

14. Dr. Gabino Hernández Mendoza, Jefe de Medicina Preventiva, Clínica Legaría I.S.S.S.T.E. Propuesta de Manual de Evaluación para Unidades de Primer Nivel, Agosto 1991.

15. Uzziel Barrón Villaseñor. Satisfacción de la Atención Médica en Usuarios de la Clínica Marina Nacional I.S.S.S.T.E., Tesis 1987.

16. T.S. Rosa María Flores Zárate, T.S. Dimna Y. Rios González, T.S. Rosalba Villela Larralde. La Calidad de la Atención que se otorga en la sala de Urgencias para adultos del Hospital Regional "Licenciado Adolfo López Mateos" 1994, no. 4, vol. 4; 105-109.

17. Larsen L. Daniel, Attkisson C. Clifford, Hagreaves A. Williams. Assessment of client / patient Satisfaction. Development of General Scale. Evaluation and Program Planning, 2, 1979; 179-202.

18. Enrique Ruelas Barajas. Sobre la garantía de la Calidad, conceptos, acciones y reflexiones. Gaceta Médica de México, vol. 130, no. 4, Julio - Agosto 1994; 218-226.

19. Publicaciones Técnicas de Medicina Preventiva y Social, "Niveles de Atención Médica", Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina.

20. Norma para la Garantía de Calidad de la Atención Médica, Subdelegación Gral. Médica I.S.S.S.T.E., Julio 1991; 13-14.

21. Enrique Ruelas Barajas. Sobre la Garantía de la Calidad, conceptos, acciones, reflexiones. Gaceta Médica de México, Julio-Agosto 1994; 221-223.

22. Programa de Garantía de Calidad Total de los Servicios Médicos, Subdirección General Médica, Agosto 1991; 11-13.

23. Modelos de Atención a la Salud, Revista Médica I.M.S.S., México vol. 32, supl. 1, 1994; 18-19.

24. Cédula de Evaluación de la Atención Médica. Subdirección General médica I.S.S.S.T.E., Subdirección Normativa, Septiembre 1985; 1-3.

25. Norberto Treviño García Manzo; Armando Valle Gonzáles. La función Política Social de la Medicina Histórica Reciente. Gaceta Médica de México, vol. 130, no. 3, Mayo - Junio 1994; 111-112.

26. Axel Kroeger. Evaluación de Servicios de Salud. Universidad del Valle Cali Combia, 1985; 77-79.

27. Modelo de Atención a la Salud. Revista Médica I.M.S.S., México, vol. 32, suplemento 1 1994; 15.

28. Carlos E. Varela Rueda. Atención Médica. Gaceta Médica de México, vol. 130, no. 5, Septiembre - Octubre 1994; 324-325.

29. Leonardo Viniestra Velázquez. El Control de Calidad del ejercicio de la Medicina, Gaceta Médica de México, vol. 126, no. 4, Julio - Agosto 1990; 287-293.

30. Norberto Treviño García Manzo. Los retos Actuales de la Atención a la Salud y enfermedad, Gaceta Médica de México, vol. 130, no. 5 Septiembre - Octubre 1994; 320-324.

31. Donabedián Avedis M.D. La Calidad de la Atención Médica, Ciencia y Desarrollo, no. 137, Marzo - Abril 1981; 68-69.

32. Héctor Chavez Aguilar, Miguel Angel Rosiles Baeza. La Relación Médico - Paciente, Revista Médica I.M.S.S., México, vol. 32, no. 2, Marzo - Abril 1994; 179-182.

33. Pascoe C. Gregory, Attkisson C. Clifford. The Evaluation Ranking Scale. A new methodology for Assesing Satisfaction, Evaluation and program planning 6 1983; 335-347.