



11226
149

286
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
GENERAL LAZARO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL "C" ' PDTE. LAZARO CARDENAS '
CHIHUAHUA, CHIH.**

**EVALUACION DE UN SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE
ATENCION EN UN HOSPITAL PUBLICO.
EL CASO DEL H. G. "PDTE LAZARO CARDENAS"
ISSSTE CHIHUAHUA 1993.**

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

VICTORIA ELENA TERRAZAS LARA

FALLA DE ORIGEN

CHIHUAHUA, CHIH.. 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.


EVALUACION DE UN SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION
EN UN HOSPITAL PUBLICO. EL CASO DEL H.G. "PDTE. LAZARO
CARDENAS ". ISSSTE. CHIHUAHUA, 1993.

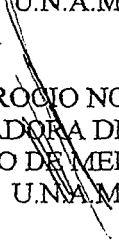
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR PRESENTA :

VICTORIA ELENA TERRAZAS LARA .

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO FRIGOYEN CO
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


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



Existencia HOSP. GRAL. "C" PDTE.

Núm. de Oficio LAZARO CARDENAS

Exposante

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

Por este conducto hacemos de su conocimiento que hemos dado
seguimiento al desarrollo del trabajo de tesis que para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Ha elaborado LA C. VICTORIA ELENA TERRAZAS LARA

Con el título de EVALUACION DE UN SERVICIO DE PRIMER NIVEL
DE ATENCION EN UN HOSPITAL PUBLICO
EL CASO DEL HOSP. GRAL. PDTE. LAZARO CARDENAS
I. S. S. S. T. E. CHIHUAHUA.

Asimismo hemos revisado el escrito correspondiente considerando que cumple
los requisitos de fondo y forma necesarios para su liberación con el fin de que
se puedan realizar su impresión y los trámites que correspondan para la obtención
de su diploma.

Chihuahua, Chih.

Atentamente

Magdalena Hernández Valdez
DRA. MAGDALENA HERNANDEZ VALDEZ

Asesor

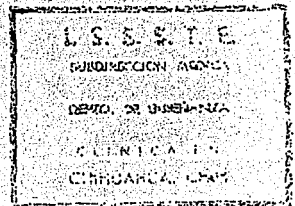
Luz Esther Olvera Chávez
DRA. LUZ ESTHER OLVERA CHAVEZ

Asesor

Vo. Bo.

Javier Maldonado Ortiz
DR. JAVIER MALDONADO ORTIZ

Profesor titular del curso



Destinatario HOSP. GRAL. "C" PDTE.

Núm. de Oficio LAZARO CARDENAS

Ejecución

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR

Por este conducto hacemos de su conocimiento que hemos dado
seguimiento al desarrollo del trabajo de tesis que para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Ha elaborado LA C. VICTORIA ELENA TERRAZAS LARA

Con el título de EVALUACION DE UN SERVICIO DE PRIMER NIVEL
DE ATENCION EN UN HOSPITAL PUBLICO.
EL CASO DEL HOSP. GRAL. PDTE. LAZARO CARDENAS
I.S.S.S.T.E. CHIHUAHUA

Asimismo hemos revisado el escrito correspondiente considerando que cumple
los requisitos de fondo y forma necesarios para su liberación con el fin de que
se puedan realizar su impresión y los trámites que correspondan para la obtención
de su diploma.

Chihuahua, Chih. A 01 DE FEBRERO DE 1995.--

Atentamente

M. Magdalena Hernández Valdez
DRA. MAGDALENA HERNÁNDEZ VALDEZ

Asesor

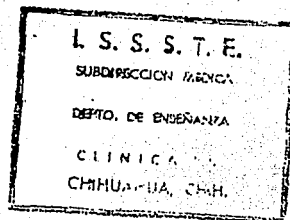
Luz Esther Olvera Chávez
DRA. LUZ ESTHER OLVERA CHÁVEZ

Asesor

Vo. Bo.

Javier Maldonado Ortiz
DR. JAVIER MALDONADO ORTIZ

Profesor titular del curso



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
HOPITAL GENERAL "C" 'PDTE. LAZARO CARDENAS'
CHIHUAHUA, CHIH.

EVALUACION DE UN SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE
ATENCION EN UN HOSPITAL PUBLICO. EL CASO DEL H.G.
"PDTE. LAZARO CARDENAS". ISSSTE. CHIHUAHUA 1993

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

VICTORIA ELENA TERRAZAS LARA

Chihuahua, Chih. 1995.

Si encuentras una buena solución y te aferras a ella, esa solución puede convertirse en tu próximo problema.

A Juan por su apoyo e interés por mi superación.

A mis hijos, Juan, Samy y
Adriana por su sacrificio.

A Luz y Alfredo por su entusiasmo y paciencia.

A mis compañeros de labores que directa
o indirectamente colaboraron conmigo.

INDICE

	Página
I.- INTRODUCCION	1
II.- MARCO TEORICO	2
III.- OBJETIVOS	39
IV.- MATERIAL Y METODOS	40
V.- RESULTADOS	41
1. <u>RECURSOS</u>	41
HUMANOS	
MATERIALES	
2. <u>ACTIVIDADES DEL SERVICIO</u>	45
MEDICINA GENERAL	
ODONTOLOGIA	
PSICOLOGIA	
TRABAJO SOCIAL	
MODULO DE INFORMACION Y QUEJAS	
3. <u>PRODUCTIVIDAD</u>	47
MEDICINA GENERAL	
ODONTOLOGIA	
PSICOLOGIA	
TRABAJO SOCIAL	
4. <u>MORBILIDAD</u>	54
GENERAL	
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
5. <u>SATISFACCION DE LA ATENCION</u>	58
DE LOS USUARIOS	
DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO	
VI.- ANALISIS Y CONCLUSIONES	63
VII.- BIBLIOGRAFIA	67

I.-INTRODUCCION.

La Evaluación de la calidad de la atención médica es un proceso que actualmente ha cobrado una gran relevancia en nuestro país.

Cada vez más, implica un compromiso dentro de los hospitales del sector público que brindan atención a la mayoría de la población económicamente activa del país.

Dentro de la organización del sector salud el primer nivel constituye la base de todo el proceso de atención médica dado que representa alrededor del 85% de la demanda, y de su capacidad resolutoria y la calidad con que se preste dicha atención dependen una serie de factores no solo de tipo económico como puede ser el hecho de que una adecuada atención de primer nivel es más barata y permite una mayor cobertura, sino además va en relación directa con factores socioculturales en los que se inserta la práctica médica y en el grado de reconocimiento del derechohabiente y la autoestima del equipo de salud que participa en este nivel fundamental de atención médica.

De ahí la importancia de que dicha atención sea brindada con calidad para que tenga capacidad resolutoria y cumpla adecuadamente con su función.

La primera fase para mejorar la calidad en la prestación de un servicio lo constituye el proceso de evaluación, esto motivó la realización del presente estudio para determinar la situación que guarda actualmente la calidad de atención en el primer nivel de nuestro hospital.

Para realizar esta evaluación se tomaron tres aspectos fundamentales:

- 1) Las actividades que se realizan en cada servicio con el fin de tener una base de comparación entre lo que se hace y lo que se debe hacer.
- 2) El aspecto cuantitativo que se refiere a la productividad de los diferentes servicios que participan del primer nivel de atención
- 3) El aspecto subjetivo tomando en cuenta tanto al prestador de servicios como al usuario.

II.-MARCO TEORICO:

La definición de calidad.

Para evaluar la calidad de la atención médica debe uno empezar por descifrar un misterio: el significado de lo que es la calidad misma.

La calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. De esto se desprende que una evaluación de la calidad es un juicio sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así, en qué medida.

Existen diferentes conceptos acerca de lo que constituye "la atención médica", los que, a su vez, llevan a diferentes formulaciones de lo que constituye la calidad. Es más, por extensión, los juicios sobre calidad a menudo no se hacen sobre la atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan y en marco o sistemas donde se imparte. Como resultado, los atributos de esas personas y marcos y los atributos de la propia atención se usan, alternativa o simultáneamente, tanto para definir como para juzgar calidad.

Tomando en cuenta estas ambigüedades, no debe asombrarnos que la calidad de la atención médica haya sido percibida y definida de tantas maneras diferentes.

La cantidad de la atención y su calidad.

Una pregunta que se presenta desde el principio de una búsqueda del significado de la calidad es su relación con la cantidad de atención.

Cuando se recibe atención médica, pero en cantidades que son insuficientes para aportar a la salud y bienestar del paciente todos los beneficios posibles, es claro que esta es deficiente en calidad debido a su insuficiencia cuantitativa.

Cuando se dice que la atención es del todo innecesaria, o hasta cierto grado excesiva se está emitiendo un juicio en el sentido de que la atención, en

conjunto, o en alguna de sus partes, probablemente contribuirá a la salud o al bienestar del paciente. Además de ser inútil, la atención innecesaria puede también ser perjudicial, en cuyo caso es, por supuesto defectuosa en calidad, ya que el perjuicio que puede causar no está compensado por ninguna expectativa de provecho.

Las valoraciones de la cantidad y de la calidad de la atención están inextricablemente entreteljidas, y así trataran en adelante.

Costo monetario y calidad de la atención.

Obviamente la calidad cuesta dinero, puesto que presupone una cantidad adecuada de atención y a menudo significa más cuidado.

Cuando la atención es excesiva y dañina, resulta más cara y de peor calidad.

Cuando la atención se presta en forma ineficaz también desaprovecha recursos y es más cara de lo que necesita ser. Esto sucede, por ejemplo, cuando los médicos hacen el trabajo de las enfermeras, o las enfermeras el trabajo de los auxiliares. Por lo tanto los costos crecen, sin el correspondiente aumento en la calidad, debido a ineficiencias en los métodos y en la escala de producción.

En resumen, la calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que ahora se gasta en atención o lograr la misma a un costo menor.

Valoración de calidad y evaluación de programas

La evaluación de un programa y la valoración de la calidad se relacionan en sustancia solo cuando el programa provee servicios personales de salud, en cuyo caso es importante considerar si el programa tiene a la vez otras funciones. Si el programa proporciona también educación profesional e investigación sobre salud ambiental, es obvio que la valoración de la calidad concierne tan solo a unas de estas funciones y que la evaluación del programa debe abarcar un campo mucho más amplio. La valoración de la calidad, bajo

estas circunstancias, mide el éxito del programa solo en una de sus funciones: la prestación de servicios personales de salud.

Los pacientes y la definición de la calidad.

Obviamente los pacientes contribuyen individual y colectivamente de muchas maneras a la definición de calidad. Una manera es influyendo sobre lo que se incluye en las definiciones de "salud" y "atención a la salud". Generalmente se piensa que los pacientes suelen tener una visión más amplia de estas cosas y, por lo tanto, esperan más del facultativo que lo que éste desea o es capaz de dar. Algunas veces el paciente puede tener una visión más estrecha.¹

CONTINUIDAD Y CAMBIO EN LA BUSQUEDA DE LA CALIDAD.

Una característica que distingue al modelo es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quien en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura.

En una propuesta bien elaborada el consumidor se convierte, de hecho, en una parte de la línea de producción, ya que al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera información para su mejoría.

En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade,

¹ Enrique Ruélas-Barajas. De los conceptos a las acciones. Salud pública. Méx. 1992: 34 (Suplemento): 29-45

a la vez, riqueza y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud. Estas diferencias se pueden nombrar en tres aspectos:

- 1.- Responsabilidad hacia los individuos
- 2.- Responsabilidad hacia la sociedad
- 3.- Responsabilidad para la gestión de las relaciones costos y calidad.

Con respecto a los individuos. Cuidar el interés de los pacientes, incluso a costa de sus propios deseos.

Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre clientes y proveedor en el mundo de los negocios.

Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de médicos y pacientes, el "cliente" es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo presupuestado en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención a la salud.

Responsabilidad hacia la sociedad.

Los profesionales actúan por una parte, como responsables del bienestar de los individuos y, por otra, del bienestar social. Tienen la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud y la necesidad fundamental de la relación entre los costos y la calidad.

Responsabilidades para la gestión de las relaciones entre costos y calidad.

Los dos modelos concuerdan en la importancia de la eficiencia como un elemento básico de la calidad. Sin embargo, debido a que el modelo industrial está más sujeto a la influencia del mercado libre, en él, la eficiencia es más determinante.

En el modelo industrial, el enfoque sobre la relación entre costos y calidad también difiere. Se acepta, aunque no se ha destacado suficientemente, que las mejoras en el diseño pueden ocasionar más costos, pero generalmente se argumenta que el aumento de los costos se compensa con la eficiencia en la producción y con el aumento en las ventas. En el modelo industrial la calidad no solo es gratuita, sino que además genera ganancias.

Por el contrario, en el modelo de atención a la salud se tiene muy presente el aumento de los costos al incrementar la calidad, especialmente en la provisión de atención a la salud y en la contribución a una longevidad que algunos pueden tachar de improductiva o de desperdicio. En este modelo el balance entre los costos y los beneficios por una parte se obtienen pocos beneficios de salud aún cuando se incremente la atención y las consecuencias de la propia longevidad. En el contexto de atención al paciente la influencia debe ser menor de las fuerzas del mercado y mayor el imperativo ético y social.

El equilibrio entre costos y beneficios afecta la definición de calidad en comparación con el modelo industrial y es debido a que la atención a la salud es un bien público pero también privado y en gran medida su financiamiento es público y sus beneficios y sus riesgos sobrepasan al propio individuo. Un problema complejo en el modelo de atención a la salud es lograr la armonía entre las preferencias y los intereses individuales y los de orden social.

En la medida en que se avanza en la comparación de las políticas sociales en diferentes campos, más impresionante resulta la constante recurrencia de temas comunes, y no las diferencias aparentes.

EL CAMPO DE LA CALIDAD.

Es fácil encontrar formulaciones teóricas del modelo de atención a la salud, en las que se aboga por una expansión tanto de la definición de calidad, como de los objetos de evaluación y mejora. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión de las relaciones interpersonales; de la preocupación por la efectividad, a la inclusión de la eficiencia primero y después de la optimización de los recursos; y de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar de la colectividad.

Nuestras formulaciones conceptuales han remarcado la necesidad de tomar un punto de vista más amplio en la valoración de la calidad, de forma que incluya no solo la contribución de los médicos a la atención a la salud, sino la de todos los proveedores, del paciente y de su familia. Y no exclusivamente la atención que se presta en un solo lugar, aislada, sino la que se brinde en un determinado episodio de enfermedad y, eventualmente, también los cuidados dados durante episodios sucesivos.

El modelo de atención a la salud requiere al igual que el industrial, que la preocupación por la calidad invada a toda la institución. El modelo de atención a la salud está orientado, casi exclusivamente, a las propiedades de los cuidados clínicos y a las funciones estrechamente relacionadas con ese cuidado, sin importar si procede de profesionales, de técnicos o de los propios pacientes o sus familiares. Existen prioridades implícitas o explícitas que enfocan la atención. Prioridades guiadas por la trascendencia, proximidad, tipo de responsabilidad e influencia. Como resultado, los cuidados técnicos que proveen los médicos a los pacientes en forma individual emergen como la preocupación más importante, la cual ha sido tachada por los críticos, justificadamente, como "limitada". Es una deficiencia que cabría reconocer y remediar rápidamente.

LA INDOLE DEL "PROBLEMA DE LA CALIDAD"

El problema de la calidad (que los muy estrictos en la utilización del lenguaje prefieren llamar "el desafío" o "la oportunidad de la calidad") puede percibirse en términos de metas o de causas.

En relación a los objetivos, el tema predominante es la "constancia en el propósito" de situar a "la calidad primero" y en definir la calidad como congruente con las exigencias del cliente. La causa básica de las deficiencias en calidad, se atribuye al incumplimiento de estos objetivos.

En un sentido más inmediato, las causas principales se relacionan, sobre todo, con deficiencias en los sistemas y procesos que son responsables del diseño y producción de bienes y servicios, atribuyéndose pocas veces a la falta de capacidad de los trabajadores, e incluso con mayor frecuencia a una motivación insuficiente para hacerlo bien. Al entender que cada trabajador forma parte de un sistema o proceso determinado, sus propias características

contribuyen a la capacidad inherente para la calidad que se ha descrito. Pero los trabajadores no pueden, sólo con su esfuerzo, hacer que un sistema funcione mejor de lo que se programó inicialmente.

Y dado que los trabajadores, con solo su esfuerzo generalmente no pueden provocar esos cambios fundamentales, la principal responsabilidad en cuanto a las deficiencias programadas en la calidad recae sobre todo en los responsables del diseño y gestión de los sistemas, procesos y productos.

Existe sin embargo, una diferencia significativa. En el modelo de atención a la salud, se otorga mucha importancia a la contribución de los profesionales a la excelencia de la calidad o a su carencia. No es una situación ilógica, si se tiene en cuenta la naturaleza de nuestra ciencia y de nuestro trabajo; es una afirmación bien sustentada en evidencias empíricas. Se ha demostrado deficiencias importantes en la calidad atribuibles, en un alto porcentaje de casos, a fallas en los juicios o en la capacidad de los profesionales. Por lo tanto nuestro interés en modificar la conducta profesional esta justificado. Pero el modelo señala, al igual que el industrial, que la calificación de los trabajadores es una parte integral del sistema de producción. Por ello ambos modelos difieren no tanto en si las deficiencias en la calidad provienen de las propiedades de los sistemas o del desempeño individual, sino en que partes de un sistema tienen más probabilidades de fallar. Nuestro modelo, otorga mayor importancia a los componentes humanos de un sistema.

ESTRATEGIAS DE GARANTIA DE LA CALIDAD.

Al comparar ambos modelos, se descubre una reasignación de responsabilidades y oportunidades. Si en el mundo de los negocios y de la industria hay una concentración de poder en los puestos directivos, en algunos sistemas de atención a la salud se ha dado un balance contrario: Una concentración extrema de poder en manos de los trabajadores clave, los médicos. Si una de las características del modelo industrial es buscar un equilibrio armonioso entre la producción y la gerencia, que podría ser benéfico para el desarrollo de la empresa de atención a la salud como un todo.

El modelo industrial es, en esencia, auténtico, sincero y serio. Dice: "Cuida la calidad. Primero pon tu corazón en ello, después tu mente y el resto vendrá por añadidura".

Y desde lo profundo de nuestro espíritu, estamos de acuerdo.²

EVALUACIÓN Y GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

El objetivo es contar con un sistema que permita identificar aquellos aspectos que no alcanzan un mínimo de calidad, registrarlos, asignar un responsable para su solución y llevar a cabo un seguimiento adecuado.

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

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

² (Donabedian A. Quality assessment: The industrial model and the health care model. Clinical Performance and Quality Health Care 1993; 1(1): 51-52. Salud Publica de Mexico Myo Junio 1993 Vol 35, No. 3 (238-247)

realizado o cumplido; tampoco nos indica si lo realizado o cumplido es aceptable en materia de salud, calidad de atención o cumplimiento de normas.

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

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

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

ANTECEDENTES.

El derecho a la protección de la salud ha quedado plenamente establecido en la jurisprudencia de los Estados Unidos Mexicanos, considerándose que el instrumento básico para llevarlo a un cabal cumplimiento es la integración y consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Como parte fundamental de la descentralización del Sistema, se han desarrollado y están en proceso de fortalecimiento los Sistemas Locales de Salud (SILOS) de la Secretaría de Salud, que en México se denominan Jurisdicciones Sanitarias, en tanto que el IMSS y el ISSSTE han estructurado un Sistema Regionalizado de Atención en base al fortalecimiento de su estructura delegacional, desconcentrando funciones y desarrollando centros médicos, hospitales generales zonales y subzonales, y unidades de atención primaria de salud, con objeto de reforzar la capacidad gerencial y la toma de

decisiones a nivel local, en forma congruente con el lugar donde se generan los problemas y se otorgan los servicios.

El ISSSTE esta conformado por 35 delegaciones donde existen 11 hospitales regionales de tercer nivel y 81 unidades médicas de segundo nivel.

Como elemento esencial de la estrategia de sectorización, se integró el Sistema Nacional de Salud, con la Secretaria de Salud, con funciones de coordinación y normatividad, integrandose grupos básicos interinstitucionales de información, planeación y evaluación.

Como producto de los trabajos del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, en 1987 se editó y difundió el documento "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud", posteriormente publicado en Salud Pública de México, con aportaciones de los representantes de la SS, IMSS, ISSSTE, DIF, habiéndolo sido presentado oficialmente como documento normativo para las instituciones del Sector en la Sesión conjunta de la Academia Nacional de Medicina y Academia Mexicana de Cirugía del 23 de abril de 1987, con participación de representantes de la Secretaria de Programación y Presupuesto, del IMSS y del ISSSTE.

Con el inicio de la presente administración, en 1989 se integró el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, habiendo generado hasta la fecha dos documentos: "Cuadro básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud" y la norma técnica para la "Evaluación de la calidad de la atención médica", documento fuente de esta información.

Donabedian en un trabajo publicado en 1986, preconiza el enfoque de la teoría de sistemas y hace énfasis en la necesidad de incorporar la satisfacción del usuario al grupo de indicadores de resultado de una atención adecuada.

Este enfoque esta contenido en el documento "Evaluación de la calidad de la atención médica del IMSS", editado por la Subdirección General Médica en junio de 1987, donde se hace una revisión de las aportaciones más importantes hasta la fecha en dicha institución.

En el presente documento se pretende recabar la experiencia contenida en la bibliografía ya referida. También se pretende elaborar una guía metodológica que marque las líneas de acción consideradas como más importantes en la evaluación de la calidad de la atención. A través de la aplicación de la norma contenida en este documento, se establece un sistema de supervisión integral, simplificado, de aplicación permanente, que permite verificar las normas de operación, asegurar mínimos de calidad, eficiencia y satisfacción de las expectativas de usuarios, prestadores de servicios y de las instituciones; identificar los problemas que obstaculicen su consecución y generar las acciones necesarias para corregirlos; y hacer patentes los aciertos y logros significativos a fin de reforzarlos.

Se pretende contribuir, a mejorar la calidad con que se otorga la atención médica a través de la evaluación, identificación, registro y seguimiento de los problemas que la afectan.

Concepto de Calidad = Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico y un ambiente confortable, que permita mejorar el nivel de salud y la satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

El objetivo de la atención puede ser muy variado, a saber: curar una apendicitis, resolver un embarazo a término, paliar el dolor en un enfermo canceroso, etc., conforme a los resultados del programa de estudio y/o respuesta al programa de tratamiento.

Al integrar los conceptos de "objetivo de la atención" con el de "calidad de la atención", podemos establecer en forma precisa, en términos absolutos, los límites entre los diferentes grados de calidad:

1.-Suficiente. Logro del objetivo de la atención médica como consecuencia de la integración de dos elementos esenciales:

- a) Un proceso de atención realizado conforme a las normas institucionales, conocimientos y tecnología médicas vigentes, congruente con la complejidad del problema salud.

- b) La oportuna realización de éste proceso que permita conseguir la solución integral del problema, el máximo factible de mejoría y la ausencia de secuelas o complicaciones sobre la premisa de un proceso bien llevado a cabo.

2.- Insuficiente. Logro incompleto o nulo del objetivo de la atención médica, como resultado de la combinación de fallas que impiden alcanzar un mínimo indispensable de calidad:

- a) El proceso de atención fue otorgado en forma inadecuada por desconocimiento o aplicación incorrecta de normas y conocimientos vigentes de la medicina, o utilización inadecuada o carencia de la tecnología requerida para la atención del problema de salud.
- b) Realización correcta del proceso, pero fuera del momento oportuno para llevarlo a cabo, con logro parcial del objetivo o presencia de secuelas o complicaciones.

3.- Excelente. Logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado, en un ambiente confortable, con trato personalizado y amable, con una comunicación plena por los servicios recibidos.

4.- No realizado. La omisión en el otorgamiento de la atención médica por carencia absoluta de oportunidad o por no haberse llevado a cabo el proceso de la atención por diversas causas.

5.- Inadecuado. La realización incorrecta de la atención médica por un proceso de atención llevado a cabo con ignorancia o aplicación deficiente de normas, conocimientos o tecnologías vigentes, que conduzcan a resultados negativos con daño al paciente por complicaciones, secuelas o inclusive defunción.

Resumiendo los cinco puntos anteriores y agrupando las calificaciones en una escala descendente, el sistema de calificación propuesto incluye los siguientes rubros:

- E Excelente
- S Suficiente
- I Insuficiente
- N No realizado
- I Inadecuado

Aún cuando el sistema ESINI fue diseñado originalmente para evaluar el proceso de la calidad de la atención médica, es aplicable también a la evaluación de estructura, resultados, satisfacción del usuario, de la enseñanza y de la investigación.

A través del establecimiento de un diagnóstico situacional, pueden detectarse no únicamente problemas, sino aspectos positivos relevantes que muestren resultados a nivel de excelencia, como consecuencia del desarrollo de procedimientos originales, superación o realización óptima de los vigentes, que ameritan el reconocimiento de las autoridades superiores y su difusión a otras entidades similares a fin de estimular al personal.

Aunque no es motivo de este documento, cabe mencionar que, junto con la evaluación de la satisfacción de los usuarios, es necesario evaluar la satisfacción de los trabajadores en el desempeño de sus actividades como elemento esencial para el otorgamiento de una atención de calidad. No podemos esperar que un trabajador insatisfecho brinde un servicio con calidad o eficiencia.

"GARANTIA" O "ASEGURAMIENTO" DE CALIDAD.

Hasta éste punto se ha tratado exclusivamente lo referente a la evaluación de la calidad y eficiencia de la atención siendo necesario darle a esta información la utilidad requerida para la toma de decisiones y mejorar ("garantizar" o "asegurar") la calidad de la atención. para esto se propone la siguiente metodología.

...Los elementos de la atención médica a los que se hubiera asignado el rubro de insuficiente, no realizado o inadecuado, deben ser identificados como problemas que afectan la calidad o la eficiencia en la atención.

...Asignarle la responsabilidad de la solución del problema al jefe o encargado del departamento en donde se originó el mismo.

...Establecer en forma participativa, con el responsable de la solución del problema, la mejor alternativa para resolverlo y la fecha probable en que éste quedará concluído.

... El evaluador hará un seguimiento periódico de los avances en la solución del problema a través de información proporcionada por el responsable de la solución.

...Evaluación de la solución completa del problema a través de una verificación específica del mismo o nuevas evaluaciones periódicas.

Podemos considerar que una evaluación sistematizada, periódica y permanente de la calidad y eficiencia con que se presta la atención, con identificación, registro y seguimiento de los problemas hasta su solución, representa una metodología efectiva que nos permite no tan solo asegurar, sino también mejorar la calidad de la misma.³

NUEVOS HORIZONTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD.

El vertiginoso crecimiento del interés por la calidad de la atención a la salud en México y en muchos otros países se ha manifestado de muy diversas maneras.

Una de ellas es, por ejemplo, el incremento en el número de eventos que en torno a este tema, se organizan tanto en los ámbitos académicos como en el de la prestación de servicios con objeto de difundir conceptos y métodos para evaluar y mejorar los niveles de calidad.

Otra manifestación es la reciente aparición y proliferación de organizaciones, lucrativas y no lucrativas, que ofrecen servicios de consultoría o capacitación sobre el tema. En ambos casos, el origen es probablemente una mayor

³ Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud pública. Méx. 1991; 3: 623-629

conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica, y para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral.

Existen experiencias metodológicas y conceptuales desarrolladas en diferentes regiones geográficas que constituyen, asimismo, una exploración del horizonte dónde resulta evidente que es necesario :

- 1) Obtener mayor consenso en torno a la terminología utilizada para referirse a las diversas estrategias para mejora la calidad;
- 2) Sistematizar aún más los muy variados métodos que se emplean o pudieran emplearse con este propósito;
- 3) Describir resultados concretos y sus costos, y demostrar la efectividad y eficiencia de los métodos;
- 4) Realizar esfuerzos para mejorar la calidad de la atención en consonancias con esfuerzos para mejorar la calidad de la educación de los profesionales de la salud de manera tal que pueda hablarse, en efecto, de estrategias de calidad total.

Se ha avanzado en alguna medida. Por ejemplo, terminos como "aseguramiento de la calidad", "mejoramiento continuo", "calidad total", "garantía de calidad", etcetera, en ocasiones se interpretan como estrategias en competencia y, a veces, como conceptos sinónimos. Con anterioridad hemos propuesto que, si se entiende el concepto "garantía" de acuerdo con su correcta aceptación, como "acto y efecto de afianzar lo estipulado", o como "cosa que protege contra algún riesgo o necesidad", o como "responder de la calidad de algo", garantía de calidad debe ser el término genérico para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios y/o evitar o minimizar riesgos.

Aún más, a la luz del derecho constitucional a la protección de la salud, "garantía de calidad" es requisito y, a la vez, objetivo consustancial a ese derecho.

En conclusión: el posible conflicto y confusión desaparece cuando se acepta que aseguramiento, mejoramiento continuo, calidad total, etcetera, son estrategias, surgidas en momentos históricos específicos y con enfoques en algunos casos similares y en otros diferentes, que deben ser subordinadas al

objetivo hacia el cual se dirigen: garantizar la calidad, en este caso, de la atención a la salud (figura 1).

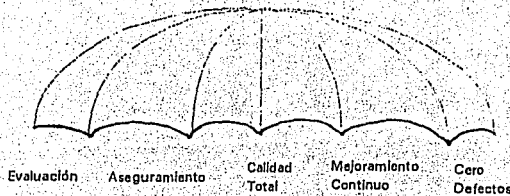


FIGURA 1 Garantía de calidad

Asimismo, existe tal variedad de acciones que pueden llevarse a cabo para mejorar la calidad de la atención, que es fundamental sistematizarlas con objeto de que puedan ser comprendidas, seleccionadas y utilizadas de una manera más racional. La matriz multidimensional que aquí se presenta muestra posibles tipos, perspectivas, niveles y enfoques de acciones. Si bien no es posible en este momento analizar la matriz en detalle, sirva, por lo pronto, para ilustrar un posible mapa de este intrincado horizonte (figura 2).

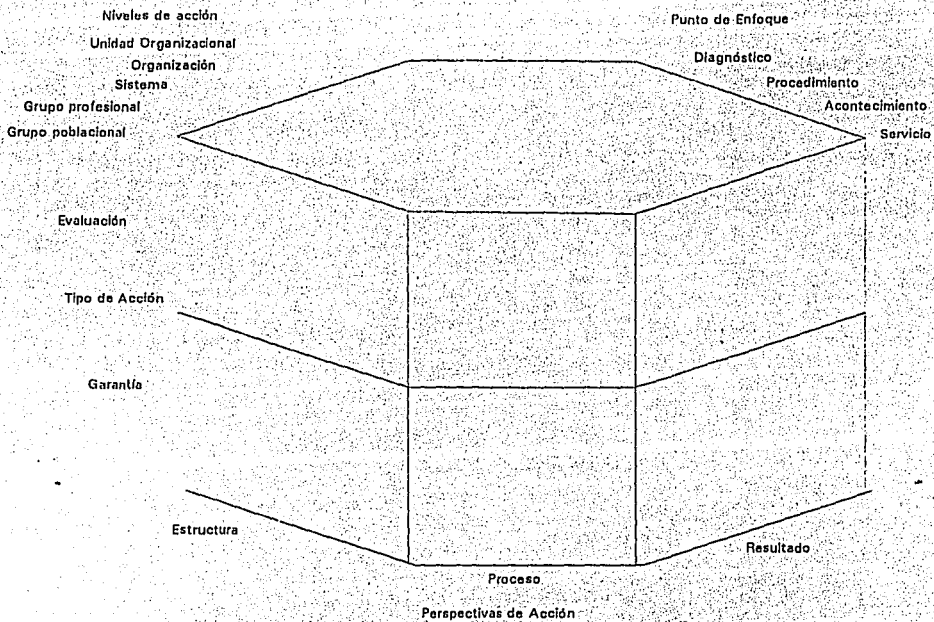


FIGURA 2. Matriz multidimensional de acciones sobre la calidad

Ciertamente, se requieren muchos más resultados concretos de las muy diversas experiencias que se llevan a cabo en diferentes ámbitos y con variadas metodologías que demuestren la eficiencia y efectividad de estas. Ello producirá ejemplos que contribuyan no solo a estimular experiencias semejantes a las que sean corroboradas como exitosas sino, más importante aún, que contribuyan fehacientemente a mejorar la calidad de la atención.

Por último, apenas se esboza un nuevo horizonte que debe ser explorado con mayor detenimiento si se considera que, en la atención a la salud, se justifica plenamente adoptar una estrategia de calidad total siempre y cuando se considere que; si se habla de calidad total, por definición, la calidad de la atención no debería ser dissociada de la calidad de la educación de los profesionales de la salud y viceversa. Las relaciones entre ambas constituyen un ciclo iterativo que puede convertirse fácilmente en un círculo vicioso (a menor calidad en la una, menor calidad en la otra), o en un círculo virtuoso.

Por consiguiente, el reto vincular los esfuerzos para incrementar la calidad en los dos ámbitos de manera armónica (figura 3).⁴

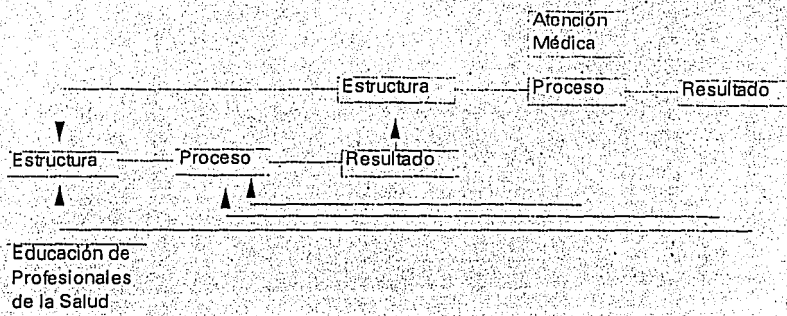


FIGURA 3. El ciclo iterativo de la calidad

HACIA UNA ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE CALIDAD, DE LOS CONCEPTOS A LAS ACCIONES.

Tomando como base a Ruelas se puede proponer lo que podrían ser las premisas básicas para la configuración de una estrategia nacional de garantía de calidad de la atención médica en México. Se parte de un análisis de los conceptos elementales sobre calidad de la atención con objeto de abordar la evolución y discusión del concepto de "garantía de calidad". Esto constituye el marco de referencia que permite presentar posteriormente una breve descripción de diversas experiencias de garantía de calidad en diferentes regiones del mundo en las que pueden identificarse también distintas modalidades de gestión pública al respecto. A continuación se hace una reseña de los eventos más trascendentes en la evolución de los esfuerzos por la calidad de la atención médica en México en las últimas décadas para finalmente plantear aquellos aspectos que se consideran fundamentales para diseñar una estrategia nacional.

En los últimos años se ha despertado interés por el tema de la calidad de la atención a la salud a nivel internacional. Se ha ido configurando como un

⁴ Enrique Ruelas Barajas, Beatriz Zurita Garza. Nuevos horizontes de la Calidad de la atención de la salud. Salud pública. Mayo-Junio 1993; Vol 35, N° 3. pag. 235-237

valor explícito cada vez más concreto, tanto para los profesionales como para los sistemas de salud en su conjunto.

En 1983, el gobierno federal canadiense emitió una ley que exigió a todos los hospitales del país contar para 1986 con programas de garantías de calidad. Ya todos lo tienen en operación. Los países de la Comunidad Económica Europea se fijaron 1990 como plazo para que cada uno de ellos estableciera su propio sistema nacional de garantía de calidad. Practicamente todos están en el proceso de diseño. En 1985, se creó la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, que actualmente agrupa a numerosos profesionales de diferentes países que han desarrollado actividades concretas de garantía de calidad.

Las razones son múltiples. Una de ellas es, sin duda la necesidad de controlar costos innecesarios derivados de deficiencias en la atención a los pacientes. Otra, es el incremento en las demandas judiciales por errores diagnósticos o terapéuticos.

A ello se sumó en otros casos, la conciencia, ya sea de los propios profesionales de la salud, o de las estructuras políticas, de que -ante la creciente complejidad de los sistemas de salud y las restricciones financieras de la última década que han afectado seriamente la infraestructura de atención a la salud de muchos países, es necesario contar con mecanismos que permitan garantizar a los pacientes y a sus familias una atención adecuada, y por ende, que los recursos así invertidos puedan considerarse en realidad como inversión y no como gasto o, incluso, como desperdicio.

Aún cuando el concepto de "calidad" es considerado alusivo por muchos y esotérico por otros, es indiscutible que hoy por hoy, resulta necesario abordar a la calidad de la atención como un asunto prioritario de gestión pública en materia de salud y ésto se ha concretado de diversas maneras en diferentes contextos nacionales.

Por otra parte el término "garantía de calidad" ha generado diversas reacciones. Si se hace a un lado las confusiones derivadas del desconocimiento, como por ejemplo aquellas que con frecuencia conducen a utilizar "evaluación de calidad" como sinónimo de "garantía de calidad", es posible identificar otros términos que se utilizan como sinónimos de garantía:

"mejora o mejoría continua", "calidad total", "aseguramiento" o incluso "control".

El término "aseguramiento" ha adquirido una connotación restringida al referirlo exclusivamente a los procesos más tradicionales vinculados a la acreditación de hospitales en algunos países, por lo que su empleo parece que está cayendo en desuso. Proponemos emplear el término "garantía" de acuerdo con la definición: "cosa que asegura y protege contra algún riesgo o necesidad" o "responder de la calidad de algo". Así la "garantía es el desideratum al que se aspira mediante múltiples estrategias. Desde esta perspectiva, la "mejora o mejoría continua", "calidad total", "aseguramiento" etc, pueden interpretarse como diversas estrategias para "garantizar", es decir, para responder por la calidad, en este caso, de la atención médica.

Se enfatizara la necesidad de garantizar a los pacientes y sus familiares que la atención que reciben es la que merecen como seres humanos, sea cual sea la estrategia y herramientas específicas utilizadas para ello.

SOBRE LA CALIDAD Y LA GARANTIA DE CALIDAD.

Son múltiples las definiciones que se han generado del concepto "calidad de la atención médica". Lee y Jones, en un documento ya clásico, definieron el concepto de "buena atención" como "la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado"; agregaron además varios principios que deben tomarse en cuenta para juzgar la bondad de la atención. Sin embargo, la definición clásica contemporánea ha sido desarrollada y meticulosamente analizada por Donabedian, como ya se mencionó anteriormente.

Este autor acuñó también el concepto de "epidemiología de la calidad" para referirse al hecho de que la calidad se distribuye de manera diferente entre cada uno de dos grupos poblacionales: los proveedores de la atención y los usuarios de los servicios. Señaló que la dimensión técnica de la calidad es mejor cuando: los profesionales que proporcionan la atención están mejor entrenados, más especializados, tienen más experiencia en el ejercicio profesional sin ser demasiado viejos, trabajan en hospitales de enseñanza o

proporcionan los servicios en asociación con otros colegas. En cuanto a la distribución de la calidad entre el grupo poblacional de los usuarios de los servicios, no encontró relación con edad, sexo, ocupación o grupo étnico de los pacientes, pero sí con la situación económica de los mismos. En este último caso, la calidad de la atención es generalmente más deficiente entre los más pobres.

Ello conduce a señalar que la calidad, en consonancia con otros atributos de la atención médica, se distribuye inequitativamente entre los diferentes grupos poblacionales. Es interesante observar, por ejemplo, que en Estados Unidos, aún cuando no se ha encontrado un deterioro notable en la dimensión técnica de la calidad de la atención que reciben los grupos poblacionales más pobres, si resulta evidente el deterioro en cuanto a la dimensión interpersonal de la calidad de esa atención. Por otra parte, la mayor accesibilidad a los servicios de salud que tienen por o general los grupos poblacionales de mayores recursos, los hacen de alguna manera más vulnerables al exponerlos a mayores riesgos debido a la multiplicidad de alternativas tecnológicas para su atención.

De acuerdo con lo anterior, es posible ahora señalar que existe una relación entre la cantidad y la calidad de los servicios proporcionados. En efecto, si la cantidad de servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. Por el contrario, una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente. Esta relación entre cantidad y calidad también implica necesariamente una relación entre costos y calidad. El propio Donabedian ha analizado esta relación. Cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños es también más costosa pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados, y ello significa desperdicio. Existe, pues, una relación beneficios-riesgos-costos en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos. A esta relación en la que se incluyen los costos, Donabedian denominó "modelo unificado de la calidad".

Además del análisis de Donabedian, existen evidencias de la relación entre calidad y costos que demuestran estos postulados. Por ejemplo, en un estudio por medio de encuestas a hospitales comunitarios y universitarios de Estados

Unidos se encontró que entre el 50 y el 65 por ciento de los antibióticos prescritos no estaban indicados en lo absoluto o su indicación era dudosa, con el consecuente desperdicio de recursos. Datos semejantes se han encontrado en México en la atención de primer nivel.

Existe además, otra relación interesante entre la calidad y los costos que se manifiesta no por el impacto de una pobre calidad en los costos sino a la inversa, el impacto de los costos sobre la calidad. Esta última relación es un tema de gran actualidad que ha generado un importante debate en virtud de los programas de control de costos en los países desarrollados y de las severas crisis económicas en los subdesarrollados.

Ullman señala que existe una percepción de que la calidad y el control de costos son incompatibles debido a que, por una parte la calidad cuesta y, por otra, los controles de costos afectan la calidad. Existen algunos aspectos tendientes a mejorar la calidad que impactan los costos, la calidad de los profesionales de la salud o sus actitudes, mejoran la calidad de manera sustantiva sin afectar negativa y necesariamente a los costos.

Por otra parte tanto Neuhauser como Becker y colaboradores han demostrado, en el primer caso, que los hospitales más eficientes mostraron mejor calidad; y en el segundo, los autores señalan que los resultados que obtuvieron "sugieren que pobre calidad y menos eficiente utilización de recursos, van de la mano". La eficiencia y la calidad son, pues, dos componentes indisolubles de la atención a la salud.

En efecto, ésta carencia puede afectar la calidad pero no puede atribuirse la totalidad del deterioro de la calidad.

Donabedian distingue tres posibles definiciones del concepto "calidad": una, a la que denomina "absolutista" por depender exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio; la otra es llamada "individualista", es decir, aquella definición que surgiría de cada caso clínico particular; la tercera es la definición "social" de la calidad, en la que el concepto es contextualizado en el marco de los valores y necesidades sociales. De acuerdo con esta tercera definición es que calidad, accesibilidad y equidad deben considerarse como elementos interdependientes en la definición de las políticas de salud.

GARANTIA DE CALIDAD.

Al tiempo que se transita de la preocupación por la cantidad hacia la preocupación por la calidad, en los últimos 10 años se ha ido transitando también de los esfuerzos por evaluar la calidad a aquellos por garantizar niveles adecuados de ésta a los usuarios de los servicios. Lo nuevo es la tecnología organizacional con la cual se trata de garantizar niveles óptimos de calidad en las organizaciones de atención a la salud que, por otra parte, también carecen de precedentes en la historia en este campo.

En la historia moderna la preocupación central durante aproximadamente 100 años fué la evaluación de la calidad. El registro de la mortalidad en los hospitales de campaña elaborados por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea es el antecedente más reconocido. Desde entonces, han surgido organizaciones y métodos que han permitido desarrollar la evaluación de la calidad.

Donabedian en su ya famosa trilogía de "estructura-proceso-resultado", que define y organiza los factores que determinan la calidad de la atención. Con base a la evaluación de la calidad surgió la necesidad de la verificación, es decir, la necesidad de constatar el cumplimiento de estándares que aseguraran niveles adecuados de calidad. El concepto surgió con fuerza en Estados Unidos y se mantuvo incuestionado durante casi medio siglo. El aseguramiento de la calidad (quality assurance) fué y sigue siendo aún en gran medida la función primordial de agencias como la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud en Estados Unidos o el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud.

De entre las múltiples definiciones que se han dado del concepto garantía de calidad, la publicada por Donabedian en 1986 es sin duda la más comprensiva. En ella señala que garantía de la calidad "son aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, esta es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias". Para Donabedian, existen dos elementos centrales para garantizar la calidad: monitoría y un adecuado diseño del sistema de salud.

alcanzado y lo alcanzable de manera continua en términos de los estándares deseables y factibles de calidad de la atención médica.

El tránsito entre el aseguramiento y la garantía en Estados Unidos empezó a tomar auge a partir de 1989. El término "aseguramiento" (assurance) empieza a dejar su lugar al término "mejoría continua" (continuous quality improvement), que coincide con la definición propuesta en México como resultado de la primera experiencia de garantía de calidad desarrollada en un país con características culturales diferentes a las de los países en los que se tenía ya una tradición en el aseguramiento de la calidad. Se propuso, en México, que los componentes del concepto debían hacerse explícitos en función de las necesidades particulares en este país y con objeto de operacionalizar las definiciones hasta entonces existentes, y surgió así lo que se denominó la definición desarrollada de garantía de calidad. De acuerdo con ésta, la garantía de la calidad de la atención médica 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, a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambio organizacional. (figura 4).

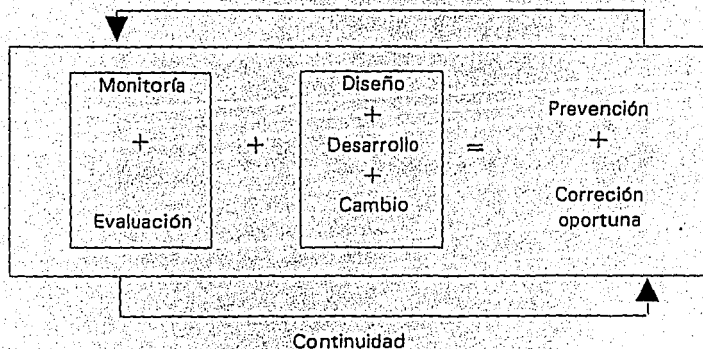


FIGURA 4. Garantía de calidad.

En efecto, la evaluación es el pilar fundamental para garantizar la calidad de la atención. No es posible mejorar algo cuyo comportamiento se desconoce. La monitoría- entendida como medición sistematizada del comportamiento de una o varias variables durante periodos establecidos y con frecuencia determinadas- es también un componente indispensable de la garantía pues, como se definió previamente, se trata de establecer continuidad de manera cíclica en la observación del proceso de la atención y sus resultados, con objeto de dar la oportunidad requerida para la identificación y corrección de las situaciones que pudieran afectar el proceso. Esto es particularmente relevante en las organizaciones de atención a la salud en virtud de la gran variabilidad y dinamismo de los fenómenos en cuestión. De esta manera, la evaluación y la monitoría resultan un binomio inseparable para garantizar calidad.

El desarrollo organizacional es una disciplina que se define como el establecimiento de estrategias educativas que permiten a los individuos hacer conciencia explícita de los objetivos de la organización en la que se desempeñan, de la importancia de su propio trabajo y del de los demás para la consecución de esos objetivos, de la manera en la que pueden mejorar su desempeño y el de los demás, y del desarrollo de liderazgo en la organización. De acuerdo con ello, resulta obvia la necesidad de hacer explícito este componente dentro de la definición desarrollada de garantía de calidad.

Por último, la definición de garantía de calidad implica necesariamente cambio organizacional. No puede haber corrección sin cambio. El cambio, en este caso, puede ser de conductas o de procedimientos que, a su vez, pueden implicar cambios de conducta. Entender lo que significan diferentes tipos de cambio en las organizaciones y las técnicas que pueden facilitarlos, entre las del desarrollo organizacional, es fundamental para garantizar la calidad de la atención.

Se definen por programas, como el conjunto de acciones sistematizadas para identificar problemas oportunamente, analizarlos objetivamente, proponer soluciones factibles y dar seguimiento a las acciones propuestas. Los principales requisitos para ello son: indicadores y estándares; sistema de información como sistema de retroalimentación, y mecanismos de seguimiento que aseguren que las correcciones se han llevado a cabo.

El concepto desarrollado de garantía de calidad, generado desde 1985 en México, coincide ahora cinco años después, aunque por algunas razones diferentes, con los nuevos enfoques sobre el tema de la calidad de la atención médica en el ámbito internacional. Proporciona un marco dentro del cual los demás conceptos y estrategias contenidos en las filosofías del mejoramiento continuo o la calidad total pueden ser claramente interpretados.

La evolución que ha tenido la garantía de la calidad y que ha sido presentada en este capítulo, condujo a sistematizar un esquema que, siguiendo algunos elementos rastreadores --tales como definición sobre la mejor estrategia para mejorar la calidad; tipos de diseños organizacionales para implantar acciones dirigidas a mejorar la calidad, y tipos de establecimientos de servicios de salud hacia los que se han enfocado los esfuerzos--, permite ubicar diferentes estadios en el desarrollo de la garantía de calidad a nivel internacional (fig 5). En efecto, es posible clasificar las experiencias nacionales en función de la definición que orienta los esfuerzos para mejorar la calidad: evaluación, aseguramiento-acreditación o garantía-mejoría continua. Los criterios utilizados pueden también rastrearse a través del énfasis en criterios de estructura, de proceso, o de estructura, proceso y resultados. Los diseños organizacionales predominantes, de acuerdo con la tipología mencionada previamente, son asimismo otro indicador de la evolución. El enfoque en uno o varios tipos de establecimientos o en el sistema en su conjunto define también diferentes etapas de desarrollo.

Elementos Rastreadores	ETAPAS		
	1	2	3
Definición	Evaluación	Aseguramiento Acreditación	Garantía/ Mejoría continua
Indicadores	Estructura	Proceso	E + P + R
Diseño			
-Centralización	Centralizada	Centralizada	Descentralizada
-Participación	No	Alguna	Sí
Organizaciones	Hospitales	Hospitales + Otros	Sistema

FIGURA 5. Marco de referencia para el análisis de la evolución de la garantía de calidad.

Es importante hacer notar que este marco de referencia, aún cuando fue diseñado principalmente con objeto de sistematizar el análisis de la evolución de los esfuerzos y estrategias en el contexto internacional, se pensó también como un instrumento simplificado para la definición de políticas conducentes a establecer las mejores estrategias para garantizar la calidad de la atención en un momento determinado.

LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN MEXICO: EVOLUCION

La manifestación más concreta de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención en México pueden identificarse a partir de 1956, cuando en el Hospital "La Raza" Del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se inició de manera extra-oficial la revisión de expedientes clínicos. Ello condujo un año después a la creación de la Comisión de Supervisión Médica del IMSS que evolucionaría para convertirse en 1972 en un área de Evaluación Médica.

Es justamente en la década de los setenta, particularmente entre 1970 y 1976, que a partir de la experiencia del IMSS adquiere mayor relevancia la evaluación médica, basada en su inicio en las auditorías médicas, y se inician desarrollos semejantes en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Durante este periodo aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico-paciente, mortalidad como indicador de calidad, etcétera, todos ellos de autores que laboraban en el IMSS. Por otra parte, también en esta época aparecieron las normas de operación de comites en la misma institución. Aún cuando esta actividad ha sido cuestionada en cuanto a su verdadero impacto en la calidad, constituye un antecedente fundamental.

En los últimos años de la década de los ochenta, continuó el interés por la calidad aún cuando no se identificara ningún fenómeno como el que se dió en la década anterior en el IMSS. El único antecedente trascendente en este momento fue la realización de un estudio sobre satisfacción de usuarios y prestadores de servicios de salud ISSSTE publicado por la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud en 1982. En la segunda mitad de los

ochenta nuevamente cobran fuerza las acciones tendientes hacia la garantía de la calidad.

Se da la primera experiencia de garantía de calidad como tal mediante la implantación de círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología a partir de 1985. En la Secretaría de Salud se observa un esfuerzo por normatizar la prestación de los servicios y se genera una cantidad importante de normas técnicas. A ello se sumó el énfasis en la investigación sobre la calidad en el Centro de Investigaciones en Salud Pública. Estas investigaciones, aunque pocas en aquel momento, iniciaron una nueva fase en el desarrollo del campo de la calidad de la atención médica en México.

En 1989, se creó la Unidad de Estudios sobre la Calidad de la Atención a la Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública, que empezó a impulsar la educación sobre el tema y a proporcionar asesoría a diversas instituciones tanto del sector público como del privado, en diferentes regiones del país y en otros países de América Latina.

El mayor impulso hacia la garantía de la calidad se gesta durante la campaña presidencial del Licenciado Salinas de Gortari. Por primera vez, en la agenda de campaña en materia de salud, un candidato presidencial enarbola a la calidad como una de sus prioridades. Al acunar el concepto de "calidad y calidez", reforzando la necesidad de poner atención en la dimensión interpersonal de la calidad, se identifica de manera explícita el valor que se le asigna a la calidad como componente de la política de salud. A partir de entonces, y como era de esperarse, la inquietud y el interés por encontrar alternativas para garantizar la calidad de la atención se incrementaron notablemente.

Actualmente, la Secretaría de Salud ha publicado una norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica. Asimismo, con la colaboración de la Asociación Mexicana de Hospitales y de la Cámara Nacional de Hospitales, se encuentran en proceso de análisis, diversos mecanismos de verificación de la calidad que incluyan a los hospitales de sector privado. Existe también un proyecto para el desarrollo de la Garantía de calidad nacional. Los múltiples esfuerzos que se encuentran en etapa embrionaria están en el mejor momento de ser encauzados, coordinados, de ninguna manera limitados. Existe la voluntad política al más alto nivel. No puede

dejarse pasar la oportunidad para evitar que la garantía de calidad se convierta en la anarquía de la garantía.

Evidentemente, como se señaló previamente, una estrategia de garantía de calidad debe ser enmarcada dentro de una amplia política de salud que considere asimismo aspectos de accesibilidad, equidad, descentralización, diseño del sistema en su conjunto, etcetera.

HACIA UNA ESTRATEGIA NACIONAL.

Como fué señalado anteriormente, la distribución de la calidad es desigual, como lo es la propia distribución de los servicios de salud con todos sus atributos. Una estrategia nacional de garantía de calidad debería perseguir, por consiguiente, dos objetivos fundamentales:

- 1) elevar el nivel de calidad de los servicios de salud a través de un esfuerzo continuo y
- 2) elevar ese nivel de calidad de manera tal que las diferencias en la calidad proporcionada por diferentes tipos de proveedores, individuos y organizaciones, sea mínima con objeto de que cualquier mexicano en cualquier tipo de servicio de salud haga efectivo su derecho a la protección de su salud, con la seguridad de que obtendrá la mayor calidad posible.

Evidentemente, para que el segundo objetivo pueda ser cumplido se requiere no solo de una política sobre calidad sino una consideración más amplia también sobre la accesibilidad y la equidad de los servicios.

La figura 4, mencionada anteriormente ofrece ahora la posibilidad de tomarlo como punto de partida para definir las premisas sobre las cuales se construya una estrategia nacional. Es así como se utilizara a continuación.

Los siguientes 10 puntos, algunos basados en el marco referido y otros adicionales, se ofrecen solamente como inicio de un amplio análisis que oriente la definición de una estrategia nacional de garantía de calidad. Pueden ser interpretados como desideratum de un futuro esperado, pero también como punto de partida en el presente.

1. - Sobre la definición de la mejor estrategia. Se requiere de una estrategia de garantía que, en sí misma, proporcione el dinamismo y compromiso por mejorar continuamente la calidad, teniendo en mente no exclusivamente a la autoridad que supervisa el cumplimiento de estándares sino al paciente en quien finalmente se materializa la calidad. Si la garantía se interpreta de acuerdo con las definiciones previas, se trata de un concepto inclusivo del que la evaluación forma parte fundamental y en el que el aseguramiento vía la acreditación no se excluye como estrategia simultánea. No obstante, debe reconocerse que ni la evaluación ni el aseguramiento como se ha practicado en algunos contextos han sido suficientes por sí mismos.
2. - Sobre los criterios o indicadores a utilizar. Es necesario tender a la incorporación de criterios de estructura, proceso y resultados. Igualmente, deben considerarse ambas dimensiones de la calidad: la técnica y la interpersonal.
3. - Sobre el diseño organizacional. Como se mencionó anteriormente, se concibe como una combinación de diferentes elementos. De ellos se destacan: distribución de autoridad (centralización-descentralización-participación); coordinación; comunicación; control; estandarización; e incentivos. Debe considerarse el diseño tanto en el nivel macro como en el micro.

En el nivel macro:

- a) la descentralización es una tendencia necesaria. El lema de que en materia de calidad "el personal local debe resolver los problemas locales" adquiere absoluta pertinencia.
- b) Si debe tenderse hacia una distribución equilibrada de la calidad entre los diferentes segmentos del sector salud, deben existir estándares semejantes en todo el sector que ofrezcan a los ciudadanos la posibilidad de obtener servicios de calidad muy similar en cualquier establecimiento del sector salud, en cualquier región del país. Se requiere aceptar la necesidad de estándares nacionales que por otra

parte, no limiten estándares locales de alta calidad generados en consonancia con necesidades específicas.

- c) Mantener cierto grado de centralización de la que evite la anarquía sin asfixiar la creatividad y libertad de la periferia.
- d) Los estándares deben ser construidos entre niveles centrales y locales, entre diferentes grupos profesionales y entre estos y la población.
- e) Debe definirse una instancia coordinadora de carácter mixto en el que participen gobierno, organizaciones gremiales, académicas y profesionales, y organizaciones de salud relevantes tanto de carácter público como privado.
- f) La monitoría y la evaluación deben ser también actividades tanto locales como centrales, entendiendo como local a nivel de las propias unidades y central deberá analizarse de que estas funciones estén o no a cargo exclusivamente de instancias gubernamentales o de organismos no gubernamentales.
- g) La estandarización debe ser considerada como un proceso dinámico y flexible que permita ajustes pertinentes en los momentos oportunos para garantizar altos niveles de calidad de acuerdo con los avances tecnológicos y estructurales.
- h) Para el desarrollo de estándares y toma de decisiones en la corrección de problemas que afectan la calidad, parecerían demostrar que los procesos deben ser generados de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo en las jerarquías organizacionales hasta llegar a un punto de encuentro. Ello implica adoptar un enfoque participativo.
- i) Crearse incentivos. La calidad debe ser reconocida y así estimulada.
- j) retroalimentación oportuna del desempeño. Finalmente esto es lo que permite la corrección también oportuna de desviaciones y la motivación para la superación del desempeño.

En el nivel micro:

- a) Fomentar el establecimiento de programas de garantía de calidad en cada unidad de servicios.
 - b) Modelos descentralizados participativos, que incrementen la motivación del personal para mejorar la calidad de su propio desempeño. Ello sin embargo, implica un gran esfuerzo para modificar conductas arraigadas en la inercia de las culturas organizacionales más conservadoras. Es importante mantener apertura en esta dirección en todos los casos. c) Propiciarse mecanismos que faciliten la participación de los usuarios en la garantía de la calidad de los servicios que reciben.
 - c) Deben existir incentivos que motiven hacia un interés legítimo por mejorar la calidad.
 - e) Retroalimentación oportuna, en este caso al interior de las unidades.
4. - Sobre la amplitud de las acciones. La evolución de los esfuerzos para mejorar la calidad se iniciaron en los hospitales; la tendencia actual es hacia la integración de la garantía de la calidad en el sistema en su conjunto. Nuevamente ello es indispensable si se pretenden homogeneizar altos niveles de calidad.
5. - Sobre la implantación de la estrategia. la complejidad de la implantación de estrategias de garantía de calidad debe hacer pensar en un proceso secuencial y progresivo de desarrollo. Intentar hacerlo en todo el sistema en un momento preciso podría llevar al fracaso. Es fundamental capacitar antes de exigir. Ello implica un proceso, tal vez largo, de capacitación y motivación sobre técnicas y estrategias de garantía de calidad que conduzcan a resultados observables sobre los cuales la monitoría y la evaluación surjan como consecuencia y no viceversa.
6. - Sobre la educación de los profesionales de la salud. Se requiere que a lo largo de su formación, el profesional tenga oportunidad de discutir ampliamente el significado de la calidad de la atención e incluso

acercarse a la metodología para garantizarla. Las instituciones formadoras de recursos humanos deben incluir este aspecto de manera explícita en sus programas de estudio.

7. - Sobre la educación de la población. La educación para la salud se orienta fundamentalmente hacia el autocuidado. Es fundamental también el diseño de estrategias para educar e informar a la población acerca de como exigir niveles adecuados de calidad y como participar en la mejoría de la calidad que recibe.
8. - Sobre la evaluación de las estrategias. El desarrollo de una estrategia nacional de garantía de calidad requiere incorporar un componente de investigación evaluativa que permita monitorizar no solo la calidad sino la efectividad y la eficiencia de los esfuerzos de garantía de calidad.
9. - Sobre la calidad y la eficiencia. La íntima relación entre ambos aspectos debe ser tomada muy en cuenta. Tratar de incrementar la eficiencia sin considerar la calidad puede llevar a resultados desastrosos. Por el contrario, si se pierde de vista la eficiencia en el desarrollo de estrategias de garantía de calidad, se perderá la oportunidad de obtener información muy valiosa que retroalimente este desarrollo.
10. - Sobre la interpretación sistémica de la calidad. La calidad y la garantía de la calidad deben ser entendidas no solo como concepto, como valor y como acción, sino también y fundamentalmente, como efecto.

PRIORIDADES PARA EL PROGRESO EN LA EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

Las prioridades que brevemente abordaremos, son las siguientes:

1. Redefinir el campo de evaluación
2. Ampliar el campo de evaluación
3. Refinar los métodos de evaluación
4. Rediseñar los métodos de evaluación
5. Evaluar los sistemas de garantía de calidad
6. Promover la participación de la comunidad

7. Dar un carácter profesional a las acciones de garantía de calidad
8. Crear una cultura de apoyo

Entre los temas que requieren de atención para definir el sentido de calidad, están los siguientes:

1. Desarrollar la base científica para la medición de la efectividad y la eficiencia
2. Equilibrar la atención que se presta a los aspectos técnicos e interpersonales de la atención
3. Equilibrar la atención entre la efectividad y los costos
4. Equilibrar la valoración individual y la social

Es importante tener en cuenta que nuestra habilidad debe identificar lo efectivo y eficiente de la atención a la salud debido a que los aspectos técnicos e interpersonales de atención están interrelacionados esto genera una gestión de calidad. El costo de la atención y encontrar medios para evaluar los costos y beneficios de la atención tanto individual como social debe ser sin afectar al proveedor de la salud para brindar bienestar individual a cada uno de sus pacientes.

Las medidas a través de las cuales se puede ampliar el campo de la calidad, son:

1. Considerar toda la atención que reciben los individuos
2. Considerar a la población como un todo
 - a) Dar cuenta del balance entre la eficacia y el costo
 - b) Informar sobre los requerimientos de la equidad

Tener una visión integral de la atención completa que se brinda a nivel individual y a nivel comunitario considerar no solo los costos y los beneficios sino también la equidad nos da acciones más equitativas que pueden ser o no las más costo-efectivas.

Los métodos para evaluar la calidad de la atención se pueden mejorar a través de:

1. La valoración coincidente del proceso y el resultado
2. La inclusión de la calidad de vida como una medida de resultado
3. La redefinición de los criterios de severidad de la enfermedad
4. El desarrollo de criterios más flexibles de acuerdo con la variabilidad entre casos

En vez de discutir continuamente acerca de la evaluación del proceso o del resultado, se deben evaluar simultáneamente y comparar los juicios que resulten en estas evaluaciones para confirmar nuestras opiniones o descubrir las fallas o bien demostrará que nuestro conocimiento o criterio son deficientes.

Medir resultados nos lleva a considerar no solamente la duración de la vida sino también su calidad, necesitamos métodos que se adapten a la gravedad del caso, para tener conclusiones sobre la calidad de atención a partir de criterios del resultado. Para una evaluación precisa (del proceso y los resultados), los criterios y normas deben de ser flexibles a las variaciones de las características clínicas de los pacientes.

Algunos de los temas para rediseñar métodos que aseguren y mejoren la calidad, pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Coordinación del monitoreo interno y de las actividades relacionadas
 - a. Componentes nuevos y viejos
 - b. Componentes centralizados y descentralizados
 - c. Atributos de control y motivación
 - d. Actividades de detección de errores y de educación
 - e. Componentes de prevención de riesgos y de promoción de la calidad
2. Coordinación de actividades de monitoreo interno y externo
3. Diseño de sistemas de información apropiados.

Las actividades de garantías de calidad tienen que conformar un sistema interrelacionado, de algunas partes nuevas y otras antiguas; algunas

centralizadas y otras descentralizada; de algunas de control y otras de motivación; de algunas que detectan fallas, y otras educativas; algunas que prevén riesgos y otras que promuevan la calidad. Así mismo, es necesario, contar con el apoyo tanto de los elementos internos a una institución, como con los externos; sin embargo, éstos elementos no deberían obstaculizarse entre sí. Finalmente un sistema de información que facilite la continua vigilancia epidemiológica del desempeño, como un elemento vital de todo sistema de garantía de la calidad.

El estudio de efectividad debería incluir la habilidad para modificar el comportamiento y medir las consecuencias de ese cambio en los resultados de la atención. Asimismo, tendría que incluir la dilucidación de los factores que influyen en la efectividad.

Otro aspecto de gran prioridad, es el de prestar mayor atención a los consumidores como agentes que protejan e incrementen la calidad de la atención, teniendo en cuenta que pueden ser:

1. Productos de la atención médica
2. Quienes fijan las pautas de la atención
3. Reguladores de la atención
4. Jueces de la calidad de la atención

Los consumidores generan la atención al participar activamente, junto con sus médicos, en su propio cuidado. Ellos fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Asimismo, regulan la atención que se brinda al decidir cuál deben recibir o rechazar, así como su procedencia, al grado de que tienen alternativas para escoger. Finalmente juzgan la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias.

Por otra parte, es necesario educar y capacitar expertos en garantía de la calidad. El diseño e instrumentación de los sistemas de garantía de la calidad, es una labor de gran complejidad que requiere de un conocimiento y de una destreza considerables, lo que requerirá la creación de un especialista epidemiólogo del desempeño clínico. Lo más importante aquí es la evaluación empírica de los métodos que garantizan la calidad y a largo plazo la creación de una cultura de apoyo, lo cual deberá llevarse a cabo por:

1. - Educación profesional
2. -Refuerzo de la participación profesional por la educación y la capacitación.
3. - El apoyo institucional y político.

Podemos considerar como epílogo de los conceptos aquí vertidos las siguientes palabras de Avedis Donabedian " La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. Con ella, todo esfuerzo razonable de la monitoría de la calidad tendrá éxito. Sin ella el más ingenioso de los sistemas de monitoreo fracasará." ⁵

⁵ Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Publica Mex 1993;35:94-97

III.-OBJETIVOS

Evaluar la productividad de los diferentes servicios del primer nivel de atención, en relación a los recursos existentes.

Determinar el nivel de satisfacción de los usuarios de los diferentes servicios.

Cuantificar el nivel de satisfacción de los prestadores de estos servicios.

Utilizar los resultados obtenidos como base para la planeación de actividades del servicio.

IV.-MATERIAL Y METODOS

Se midió la productividad de Medicina General, Psicología Odontología y Trabajo Social en base al número de consultas otorgadas, envíos a Laboratorio, Rayos X, expedición de licencias médicas y recetas, Horas trabajadas/ Horas contratadas, de acuerdo a la información proporcionada por el departamento de bioestadísticas del hospital, correspondientes al año de 1993.

Para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios, se aplicó a 299 de ellos, una encuesta que comprendió diferentes aspectos tales como: accesibilidad a los servicios, percepción de la atención recibida y disponibilidad de insumos.

El nivel de satisfacción de los prestadores de servicios (médicos, psicólogos y odontólogos), se determinó de acuerdo a los resultados de una encuesta aplicada a 50 de ellos que permitió conocer: disponibilidad de espacios, principios institucionales, satisfacción con las actividades que realizan, percepción de estímulos y reconocimientos.

V.- RESULTADOS

1.- RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos de la coordinación de Consulta Externa corresponden al 7.8. % de total del personal que labora en el Hospital y comprenden 30 médicos, 2 enfermeras, 4 administrativos, 8 trabajadores sociales, 5 odontólogos y 3 psicólogos. El 53% de los médicos labora en el turno matutino y 47% restante en el vespertino. Esta proporción se observa en el resto del personal por tipo excepto en las trabajadoras sociales, ya que solo el 25% de ellas se encuentra laborando en el turno vespertino. El horario del turno matutino es de 8:00 a 14:00 hrs. y el vespertino de 14:00 a 20:00 hrs. (Cuadros No. 1 y 2)

RECURSOS MATERIALES

El área de consulta externa consta de 5 consultorios de medicina general, 2 odontológicos, 1 de psicología, 1 oficina de trabajo social y 1 oficina de la jefatura de consulta externa. El equipo y material se presenta a continuación en el cuadro N° 3.

Cuadro N°3

RECURSOS MATERIALES CONSULTA EXTERNA 1993	
	Consultorios Equipados
Medicina general	5
Odontología	2
Psicología	1
	Oficinas
Trabajo Social	1
Jefatura de Consulta Ext.	1
Módulo de Información	1

CUADRO Nº 1

RECURSOS HUMANOS DE CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL GENERAL "PTE. LAZARO CARDENAS" ISSSTE

1993

CONCEPTO	TOTAL	ESCOLARIDAD	TURNO		
			Matutino	Vespertino	
Médicos	30	Médico Gral Maestría	27 3	15 1	12 2
Enfermeras	2	Auxiliares Generales	1 1	1	1
Administrativos	4		4	2	2
Trabajadoras Sociales	8	Trab. Social	8	6	2
Odontólogos *	5	Odontología	5	3	2
Psicólogos	3	Lic. Psic.	3	1	2
TOTALES	52		52	29	23

* 1 Suplente

CUADRO N° 2

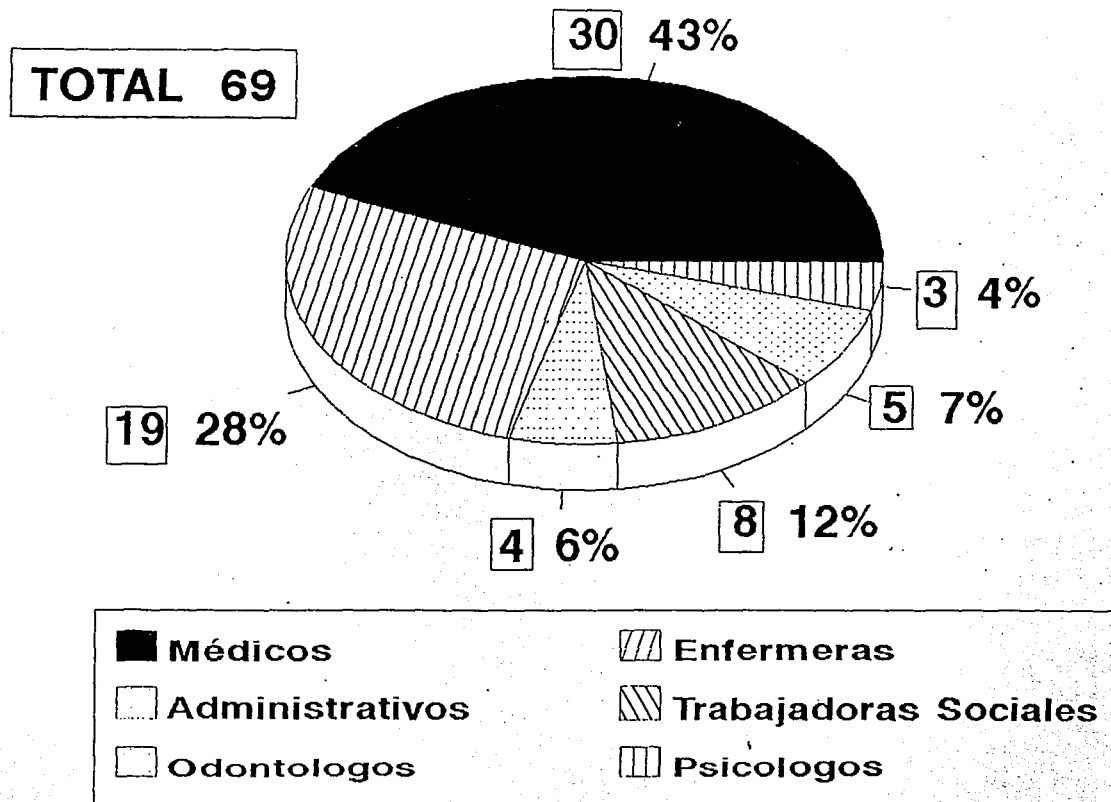
RECURSOS HUMANOS DE CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL GENERAL "PTE. LAZARO CARDENAS" ISSSTE
1993

				TURNO MATUTINO				
CONCEPTO	TOTAL	ESCOLARIDAD		Médico Consulta	Médico Resid.	Jefe de Consulta	Superv. Médico	Coord.
Médicos	16	Médico Gral	15	15	6	1	2	3
		Maestría	1	1				
				TURNO VESPERTINO				
CONCEPTO	TOTAL	ESCOLARIDAD		Médico Consulta	Médico Resid.	Jefe de Consulta	Superv. Médico	Coord.
Médicos	14	Médico Gral	12	14	7	1		1
		Maestría	2					

GRAFICA N° 1

RECURSOS HUMANOS DE CONSULTA EXTERNA 1993



2.- ACTIVIDADES DEL SERVICIO

MEDICINA GENERAL

La actividad fundamental es proporcionar atención médica preventiva y curativa en el primer nivel de atención a los derechohabientes que lo soliciten en los módulos de fichas que se distribuyen de acuerdo a la zonificación por códigos postales del domicilio del trabajador. Además se lleva a cabo el registro de información de actividades diarias en el formato SM-10 (datos de identificación del paciente, diagnósticos, envíos a laboratorio, al especialista, recetas expedidas, incapacidades, y control de pacientes mediante programas de salud institucionales)

ODONTOLOGIA.

Las actividades fundamentales de éste servicio se dirigen al aspecto curativo en los problemas de caries dental, con escasa capacidad resolutive, y consecuentemente poca cobertura y baja demanda.

PSICOLOGIA.-

Las principales actividades desarrolladas en éste servicio son:

Visitas a pacientes hospitalizados a los que se les solicita interconsulta.

Consultas individuales a pacientes canalizados por otros servicios y que se otorgan previa cita.

Platicas referentes a salud mental en los diferentes clubes y en los departamentos, así como en las escuelas en que se solicitan.

Canalización de pacientes que los requieren a Trabajo Social y a otras interconsultas.

Terapias individuales y grupales.

Seguimiento de pacientes a los cuales se les interna.

TRABAJO SOCIAL

Las principales funciones a desarrollar por el departamento son:

Investigación, Organización, Educación, Coordinación y Actividades generales, para las cuales se realizan las siguientes acciones:

Investigaciones de diferentes índoles, como por ejemplo, de satisfacción de necesidades, de planificación familiar, etc.

Organización de las actividades del departamento con otros departamentos, como son: vigencia de derechos, archivos, fichas, coordinación dirección, así como extrainstitucionales.

Educación para la salud coordinando grupos como los de patología común (Diabetes, Hipertensión) y otros grupos formales como el de la tercera edad y las embarazadas.

Educación para la salud a grupos informales dentro de los derechohabientes que acuden a consulta.

Participación en actividades de capacitación y adiestramiento dentro de la unidad y fuera de ella.

Visitas domiciliarias y estudios sociales específicos, visitas a pacientes hospitalizados, localización de familiares y pacientes, entrega de cadáveres, entrega de pases permanentes, entrega de canastillas, traslado de pacientes foráneos y avisos a los diferentes medios de comunicación.

MODULO DE INFORMACION, ORIENTACION Y QUEJAS.

Proporciona información telefónica y personalmente a familiares y conocidos de pacientes hospitalizados, para su ubicación y estado de salud.

Elabora los pases de visita dentro de los horarios correspondientes (11:00-12:00 hs y 16:00-18:00 hs.).

Da orientación a las personas que lo solicitan sobre la ubicación de los diferentes servicios con que cuenta el hospital así como los horarios de los mismos.

Si surgen problemas relacionados con los Servicios del hospital, se indica a los derechohabientes a dónde y con quién acudan para su resolución.

A partir del mes de Noviembre se estableció el servicio de Citas por teléfono a los pensionados, jubilados, minusválidos y de la tercera edad, en combinación con archivos clínicos.

Se formula el informe mensual del buzón de opinión.

3.- PRODUCTIVIDAD

MEDICINA GENERAL

Durante 1993 se otorgaron un total de 69,638 consultas, otorgadas por 21 médicos de base y 9 residentes de medicina familiar, lo cual nos da un Índice de 1.22 consultas de medicina General por derechohabiente, lo cual se encuentra dentro de lo considerado como adecuado. (Cuadro 7) (Cuadro 8).

La distribución de la consulta por meses tuvo una presentación homogénea con un promedio de 5803.17. Los envíos a laboratorio fueron de 16.5% del total de la consulta vista en el año; la distribución por meses presentó ascensos por arriba del promedio en los meses de mayo, junio y diciembre con 18.80, 23.04 y 18.32 por ciento respectivamente. Los envíos a rayos X representaron el 7.32% de total de la consulta, con ascensos por arriba de este promedio durante los meses de noviembre y diciembre, con 9.31 y 10.31 % respectivamente. Se otorgaron durante el año 5715 incapacidades que representan al 8.21 % del total de la consulta. Finalmente el promedio de recetas por paciente fue de 0.99 %.

ODONTOLOGIA

Se otorgaron 5761 consultas odontológicas por 5 odontólogos, lo cual representa un Índice de 0.10 consultas por derechohabiente, lo que permite apreciar que la demanda de odontología está muy por debajo de lo considerado y no se oferta con actividades preventivas y de rehabilitación. (Cuadro 9)

CUADRO No. 7

PRODUCTIVIDAD ANUAL DE MEDICOS GENERALES

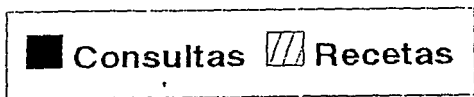
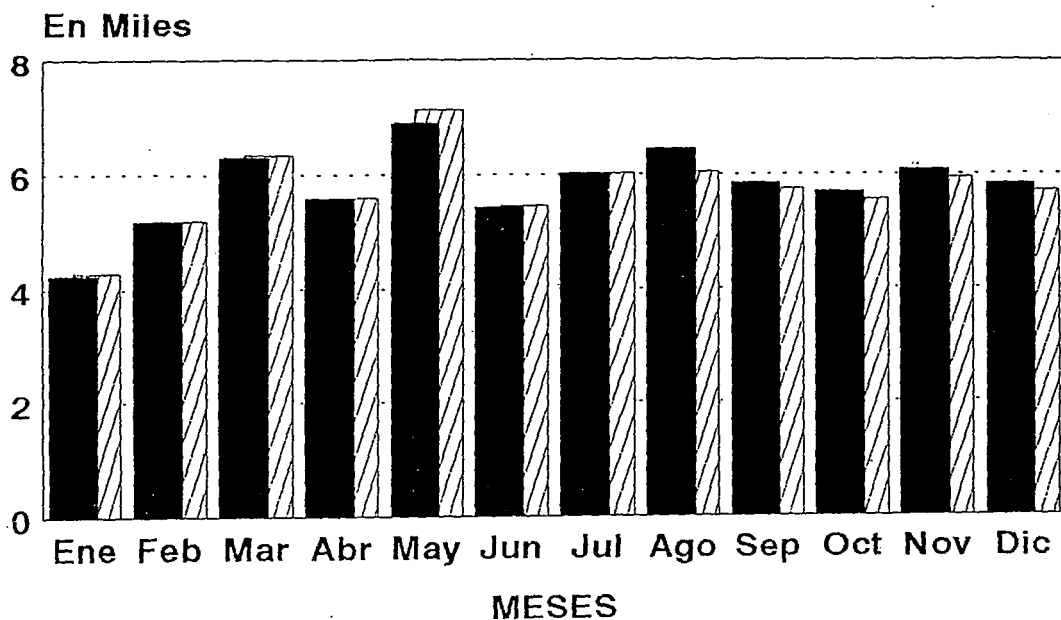
HOSPITAL GENERAL "PTE. LAZARO CARDENAS" DEL ISSSTE
1993

MESES	CONSULTAS			Consulta		LABORATORIO		RAYOS X		INCAPACIDADES		RECETAS	
	Primera Vez	Subse-cuentes	TOTAL	Prom. Hrs. Laboradas	No Otorgada	Número Personas	Número Estudios	Número Personas	Número Estudios	Número Personas	Número de días	Número	% Sobre Consulta
Enero	2737	1523	4260	4.854	188	569	ND	260	ND	276	2275	4307	1.011
Febrero	3330	1841	5171	3.319	247	830	3865	380	407	527	3344	5178	1.001
Marzo	4584	1728	6312	3.841	195	819	4004	482	502	665	4105	6354	1.007
Abril	4172	1421	5593	3.958	159	707	3081	385	414	449	4264	5592	1.000
Mayo	4862	2038	6900	3.605	193	1297	5999	437	474	513	3581	7145	1.036
Junio	4147	1295	5442	3.418	161	1254	5977	415	447	486	4412	5458	1.003
Júlio	4683	1340	6023	3.600	143	1104	4502	361	385	292	2115	6029	1.001
Agosto	2572	3878	6450	3.676	142	1050	4524	461	519	422	3958	6057	0.939
Sept.	2707	3143	5850	3.618	120	1033	4322	398	424	516	4743	5750	0.983
Octubre	3527	2183	5710	3.624	107	725	3092	349	413	468	3250	5564	0.974
Nov.	2972	3126	6098	3.874	81	1033	3249	568	686	655	4575	5949	0.976
Dic.	3115	2714	5829	3.812	157	1068	2496	601	611	446	3888	5715	0.980
TOTAL	43408	26230	69638	3.741	1893	11489	45111	5097	5282	5715	44510	69098	0.992

Nota: ND (Datos no disponibles)

GRAFICA N° 7

PRODUCTIVIDAD MEDICOS GENERALES 1993



CUADRO N° 8

ANALISIS PORCENTUAL DE PRODUCTIVIDAD ANUAL 1993

MEDICOS GENERALES

MESES	CONSULTAS	Env. a Laboratorio		Env. a Rayos X		Incap. Otorgada		Recetas Otorgadas	
		Número Personas	%	Número Personas	%	Número Personas	%	Número Personas	%
Enero	4260	569	13.36	260	6.10	276	6.48	4307	1.01
Febrero	5171	830	16.05	380	7.35	527	10.19	5178	1.00
Marzo	6312	819	12.98	482	7.64	665	10.54	6354	1.01
Abril	5593	707	12.64	385	6.88	449	8.03	5592	1.00
Mayo	6900	1297	18.80	437	6.33	513	7.43	7145	1.04
Junio	5442	1254	23.04	415	7.63	486	8.93	5458	1.00
Julio	6023	1104	18.33	361	5.99	292	4.85	6029	1.00
Agosto	6450	1050	16.28	461	7.15	422	6.54	6057	0.94
Sept.	5850	1033	17.66	398	6.80	516	8.82	5750	0.98
Octubre	5710	725	12.70	349	6.11	468	8.20	5564	0.97
Nov.	6098	1033	16.94	568	9.31	655	10.74	5949	0.98
Dic.	5829	1068	18.32	601	10.31	446	7.65	5715	0.98
TOTAL	69638	11489	16.50	5097	7.32	5715	8.21	69098	0.99

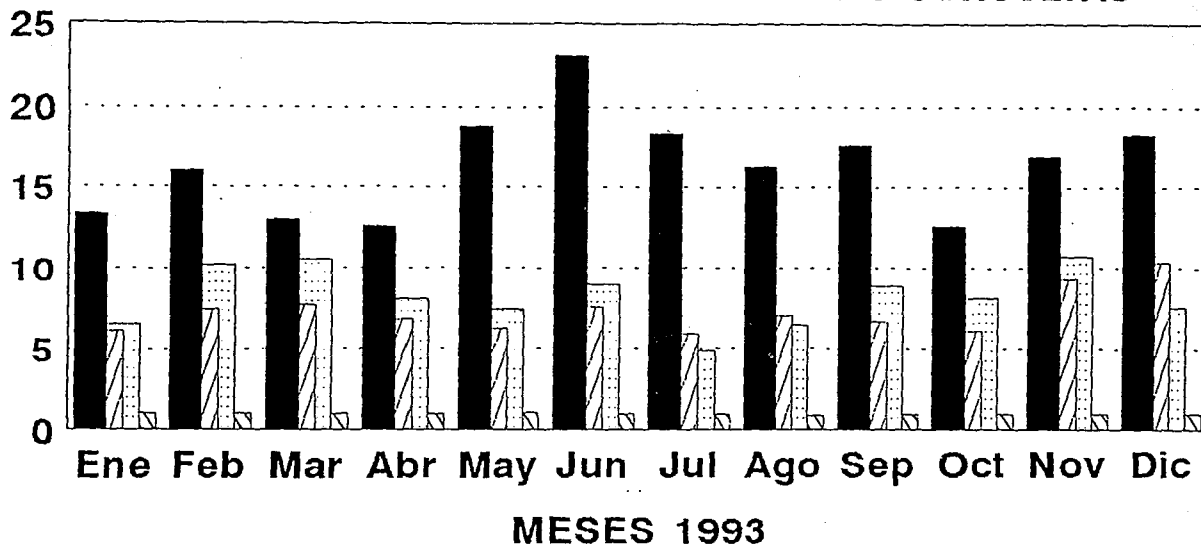
NOTA: Indice de consultas 1.22 por derechohabiente (Indicador 1.86)
 Indice de estudios de laboratorio por persona (3.92) (Indicador = 3 - 5)
 Indice de Envios a Rayos X 1.03 (Indicador 0.2)
 Incapacidades otorgadas 7.78 dias por persona incapacitada

GRAFICA N° 8

SERVICIOS DE APOYO E INCAPACIDADES

MEDICOS GENERALES 1993

PORCENTAJE RESPECTO AL TOTAL DE LAS CONSULTAS



% DE ENVIOS

Laboratorio
 Rayos X
 Incapacidades
 Recetas

CUADRO N° 9

PRODUCTIVIDAD ODONTOLÓGICA ANUAL

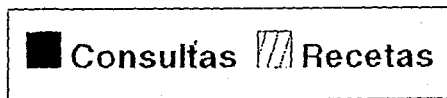
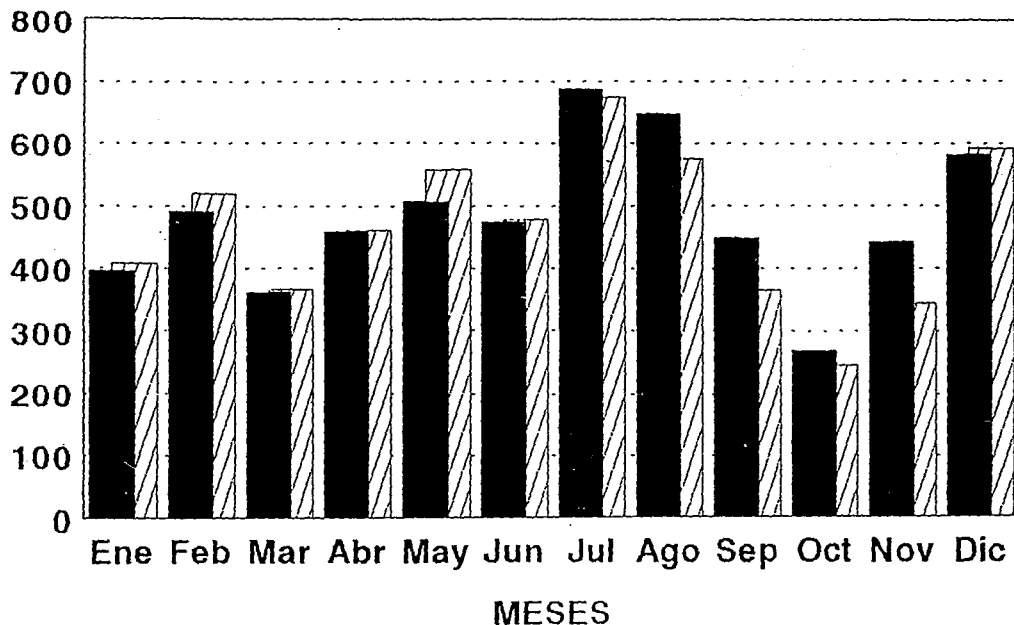
HOSPITAL GENERAL "PTE. LAZARO CARDENAS" DEL ISSSTE
1993

MESES	CONSULTAS			Prom. Hrs Laboradas	Consulta	LABORATORIO		RAYOS X		INCAPACIDADES		RECETAS	
	Primera Vez	Subse- cuentes	TOTAL		No Otorgada	Número Personas	Número Estudios	Número Personas	Número Estudios	Número Personas	Número de días	Número	% Sobre Consulta
Enero	166	229	395	3	28	9	0	8	0	18	43	408	1.032
Febrero	305	186	491	2.52	22	3	22	23	24	15	37	518	5.501
Marzo	250	112	362	1.4	7	5	44	0	0	15	35	367	3.042
Abril	317	141	458	2.76	6	2	18	3	3	18	35	460	4.011
Mayo	326	181	507	2.42	8	3	14	11	11	27	97	557	4.502
Junio	368	105	473	2.5	3	7	27	16	17	16	37	478	4.15
Julio	528	159	687	3.18	18	1	10	1	1	5	13	675	4.931
Agosto	230	417	647	2.66	3	2	20	0	0	12	23	576	3.514
Sept.	135	313	448	2.94	8	2	20	1	1	7	16	364	4.378
Octubre	115	154	269	1.7	22	26	60	31	32	9	73	246	3.323
Nov.	107	335	442	2.06	12	67	136	36	39	34	132	343	2.381
Dic.	196	386	582	2.06	36	11	30	16	20	17	97	592	4.066
TOTAL	3043	2718	5761	2.43	173	138	401	146	148	193	638	5584	3.736

0

GRAFICA N° 9

PRODUCTIVIDAD ODONTOLÓGICA 1993



PSICOLOGIA

Las consultas otorgadas durante el año sumaron 1710, proporcionadas por 3 psicólogos, con un Índice de 0.03 consultas por derechohabiente al año, sin contar con la información del resto de las actividades realizadas por el servicio, por falta de registro. (Cuadro 10.)

TRABAJO SOCIAL

Se anexa el informe anual de actividades en el cual se especifican el número de actividades y personas atendidas. (cuadro 11).

4.- MORBILIDAD

GENERAL

No existe un registro de la morbilidad general por solicitud de consulta ya que a pesar de que se registra en la hoja diaria del médico, no se lleva a cabo la cuantificación sistemática de la misma. Solamente se cuenta con las hojas de registro de casos nuevos de enfermedades infectocontagiosas y de enfermedades crónico degenerativas, lo cual no representa la morbilidad real de la población derechohabiente del Hospital Lázaro Cárdenas del ISSSTE.

CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES

Dentro de las enfermedades transmisibles continúan siendo las más frecuentes las infecciones respiratorias agudas y las Gastroenteritis, llama la atención que los accidentes se encuentran en el tercer sitio, con un total de 1011, y de las no transmisibles la enfermedad hipertensiva en décimo lugar con 79 casos detectados. (Cuadro 12).

CUADRO N° 10

PRODUCTIVIDAD EN EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA 1993

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
86	141	143	140	94	86	64	144	255	203	183	171	1710

NOTA: Índice de consultas 0.03 por derechohabiente
 No hay información del resto de las actividades
 Los Psicólogos no están contemplados dentro de la plantilla

CUADRO N° 11

INFORME ANUAL DE TRABAJO SOCIAL
--

1993

FUNCION	ACTIVIDAD	NUMERO	PERSONAS
INVESTIGACION	INVESTIGACION QUE INICIAN	1	240
	INVESTIGACIONES EN DESARROLLO	1	
ORGANIZACION	DIARIO DE CAMPO	1189	341
	REVISION DE EXPEDIENTES CLINICOS	8659	8
EDUCACION	PLATICAS EDUCATIVAS	521	1154
	GRUPO CON PATOLOGIA COMUN	49	280
	OTROS GRUPOS FORMALES	11	77
	ENTREVISTAS	1892	120
	ORIENTACIONES MEDICO SOCIALES	10670	1098
	VISITAS DOMICILIARIAS SELECTIVAS	135	
	ESTUDIOS SOCIALES ESPECIFICOS	103	
	NOTAS DE TRABAJO SOCIAL	1136	
	ASISTENCIA A SESIONES	27	
	ASISTENCIA A CURSOS DE CAPACITACION	15	3
COORDINACION	COORDINACION INTRA Y EXTRA INSTITUCIONAL	9818	
	VISITAS INSTITUCIONALES	113	
	ACUERDOS CON AUTORIDADES	37	
ACTIVIDADES GENERALES	VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS	1698	
	LOCALIZACION DE PACIENTES	171	
	ENTREGA DE CADAVERES	99	
	ENTREGA DE PASES PERMANENTES	856	
	ENTREGA DE CANASTILLAS	57	
	TRASLADO DE PACIENTES	198	
	AVISOS	438	

CUADRO N° 12
CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD 1993.
CONSULTA EXTERNA

CAUSAS	1993
1.-Enfermedades respiratorias agudas	14481
2.-Gastroenteritis	3069
3.-Accidentes	1011
4.-Influenza	557
5.-Amibiasis	410
6.-Salmonelosis	350
7.-Dermatofitosis	291
8.-Parotiditis	124
9.-Varicela	112
10.-Enfermedades Hipertensivas	79
11.-Otras	390
T O T A L	20874

5.-SATISFACCION DE LA ATENCION

USUARIO

Para evaluar la satisfacción de los usuarios del servicio de consulta externa, se realizó una encuesta a 299 derechohabientes, que recibieron atención tanto de medicina general como de especialidad.

En el rubro de accesibilidad a los servicios se encontró que el 26.8% más de una hora de su casa a la unidad y el 88.3% afirmó haber recibido la consulta el día que la solicitaron.

Respecto a la percepción de la atención recibida se encontró que no se tomaron signos vitales al 70% de los pacientes antes de entrar a consulta. Sin embargo la atención por el personal se consideró como buena en el 76% de los casos, encontrándose la actitud del médico en la consulta como cordial en el 70% de los casos y no adecuada en el resto.

La disponibilidad de insumos mostró una deficiencia en material y medicamentos de 30% de los casos.(Cuadro 14 y 14.1)

HOSPITAL "LAZARO CARDENAS" DEL ISSSTE

1993

PREGUNTA	SI		NO		SIN RESP.		REGULAR			
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%		
TARDO MENOS DE UNA HORA DE SU CASA DE LA UNIDAD	214	71.6%	80	26.8%	5	1.7%	0	0.0%		
LE ATENDIERON AL DIA QUE SOLICITO SU CONSULTA	264	88.3%	30	10.0%	5	1.7%	0	0.0%		
LO PESARON ANTES DE PASAR A CONSULTA	77	25.8%	219	73.2%	3	1.0%	0	0.0%		
LE MIDIERON ANTES DE PASAR A CONSULTA	26	8.7%	264	88.3%	9	3.0%	0	0.0%		
LE TOMARON LA TEMPERATURA	32	10.7%	257	86.0%	10	3.3%	0	0.0%		
LE TOMARON LA PRESION ARTERIAL	89	29.8%	204	68.2%	6	2.0%	0	0.0%		
LE PREGUNTO EL MEDICO SOBRE SUS MOLESTIAS	266	89.0%	19	6.4%	14	4.7%	0	0.0%		
EXISTIA EN LA UNIDAD EL MATERIAL NECESARIO PARA SU ATENCION	223	74.6%	55	18.4%	21	7.0%	0	0.0%		
FUE AMABLE EL TRATO DE LA ASISTENTE	230	76.9%	43	14.4%	20	6.7%	6	2.0%		
CONSIDERA USTED BUENO EL SERVICIO DE LAS ASISTENTES DEL CONSULTORIO	217	72.6%	54	18.1%	17	5.7%	11	3.7%		
LA ATENCION DE LA ASISTENTE FUE COMO USTED LA ESPERABA	215	71.9%	58	19.4%	25	8.4%	1	0.3%		
AL ENTRAR A CONSULTA, SU MEDICO LE SALUDA MIRANDOLA A LA CARA	218	72.9%	60	20.1%	21	7.0%	0	0.0%		
EL MEDICO LE PERMITE EXPONER INQUIETUDES Y DUDAS SOBRE SU PADECIMIENTO	231	77.3%	48	16.1%	19	6.4%	1	0.3%		
EL MEDICO LE DA ORIENTACION SOBRE SU PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO	244	81.6%	39	13.0%	16	5.4%	0	0.0%		
LE REVISO EL MEDICO	226	75.6%	61	20.4%	12	4.0%	0	0.0%		
LE ORDENO ESTUDIOS DE LABORATORIO	151	50.5%	124	41.5%	24	8.0%	0	0.0%		
LE ORDENO ESTUDIOS DE RAYOS X	101	33.8%	165	55.2%	33	11.0%	0	0.0%		
LE ORDENO TRATAMIENTO	233	77.9%	45	15.1%	21	7.0%	0	0.0%		
LE INFORMO SOBRE SU ENFERMEDAD	229	76.6%	47	15.7%	23	7.7%	0	0.0%		
LE INFORMO SOBRE SUS CUIDADOS EN CASA	186	62.2%	82	27.4%	31	10.4%	0	0.0%		
FUE AMABLE EL PERSONAL QUE LO ATENDIO	227	75.9%	38	12.7%	29	9.7%	5	1.7%		
HABIA EN LA FARMACIA DEL HOSP. LOS MEDICAMENTOS QUE LE ORDENARON	194	64.9%	66	22.1%	31	10.4%	8	2.7%		
CREE USTED QUE EL SERVICIO ES BUENO	162	54.2%	60	20.1%	30	10.0%	47	15.7%		
LA ATENCION FUE COMO USTED LA ESPERABA	196	65.6%	64	21.4%	29	9.7%	10	3.3%		
CONOCE USTED ALGUN LUGAR PARA PRESENTAR SUS QUEJAS	79	26.4%	205	68.6%	15	5.0%	0	0.0%		
CONOCE USTED ALGUN LUGAR PARA PRESENTAR SUS SUGERENCIAS	63	21.1%	219	73.2%	17	5.7%	0	0.0%		
PREGUNTA	CORDIAL		AFUERO Y ENFADO		DESCORTES		OTRO		S/RESPUESTA	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
LA ACTITUD DEL MEDICO DURANTE LA CONSULTA FUE:	209	69.9%	34	11.4%	10	3.3%	19	6.4%	27	9.0%

ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO N° 14.1

SATISFACCION DE LA ATENCION USUARIO	
ACCESIBILIDAD	
Tardan más de una hora en llegar al hospital	26.8%
Recibieron la atención el día que la solicitaron	88.3%
PERCEPCION	
No se tomaron signos vitales antes de la consulta	70.0%
Buena atención médica	76.0%
Consulta cordial	70.0%
DISPONIBILIDAD DE INSUMOS:	
Deficiencia en material y medicamentos	30.0%

PRESTADORES DEL SERVICIO.

Para conocer la opinión de los prestadores del servicio que corresponden a la coordinación de Consulta externa (médicos, psicólogos y odontólogos) se encuestaron 50 personas, encontrando los siguientes resultados:

En lo que se refiere a disponibilidad de espacios suficientes y adecuados para realizar su trabajo el 76% respondió afirmativamente; En disponibilidad de equipo e instrumental médico las respuestas positivas fueron del 42%.

Respecto a capacitación en el 78% el trabajo está de acuerdo con su preparación.

Solamente el 36% ha recibido reconocimiento por su esfuerzo en el trabajo y el 54% estímulos económicos por su trabajo, sin embargo el 80% manifestó recibir apoyo de la institución para desempeñar sus funciones.

Llama la atención que el 22% de los encuestados preferiría desempeñar otro tipo de actividades dentro de la institución a pesar de que se encuestó solamente a profesionistas. (Cuadro 15 y 15.1)

CUADRO N° 15

ENCUESTA: SATISFACCION DEL PRESTADOR DE SERVICIO

HOSPITAL "LAZARO CARDENAS" DEL ISSSTE

1993

PREGUNTA	SI		NO		SIN RESP.		ALGUNOS	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
DISPONE DEL AREA NECESARIA PARA REALIZAR SU TRABAJO	38	76%	12	24%		0%		0%
DISPONE DEL EQUIPO ADECUADO P/ REALIZAR SUS ACT.	22	44%	28	56%		0%		0%
DISPONE DEL INSTRUMENTAJ. ADECUADO P/ REALIZAR SUS ACT.	20	40%	28	56%	2	4%		0%
LE HA DADO LA INSTITUCION LA CAPACITACION P/ EL DESEMPEÑO DE SU TRAB.	25	50%	24	48%	1	2%		0%
SU TRAB. ESTA ADECUADO CON SU PREPARACION ACADEMICA	39	78%	8	16%	3	6%		0%
HA RECIBIDO RECONOCIMIENTO POR SU ESFUERZO EN EL TRABAJO	18	36%	32	64%		0%		0%
HA RECIBIDO DE LA INST. ESTIMULOS ECONOMICOS P/ SU TRAB.	27	54%	22	44%	1	2%		0%
CONSIDERA QUE EL TRAB. QUE DESEMPEÑA EN LA INST. ES IMPORT.	50	100%		0%		0%		0%
EL TRAB. QUE REALIZA BENEFICIA A LAS PERSONAS QUE SOLICITAN SU SERVICIO	50	100%		0%		0%		0%
CONSIDERA UD. QUE SUS COMPANEROS DE TRABAJO SON RESPONSABLES	40	80%	4	8%	3	6%	3	6%
SU PART. EN EL EQ. DE TRAB. DE LA INST. LE FACILITA DESEMPEÑAR SUS FUNC.	46	92%	3	6%	1	2%		0%
RECIBE APOYO DE LA INST. P/ EL DESEMPEÑO DE SUS FUNC. CUANDO LO REQUIERE	40	80%	8	16%		0%	2	4%
LE AGRADA EL TRAB. QUE DESEMPEÑA P/ LA INST.	48	96%	2	4%		0%		0%
CONSIDERA QUE OTRAS AREAS RECIBEN MAS APOYO	27	54%	20	40%	3	6%		0%
CONSIDERA QUE SU SUPERIOR INMEDIATO ES APTO P/ DESEMPEÑAR EL PUESTO	47	94%	1	2%	2	4%		0%
SON BUENAS LAS RELACIONES CON SUS COMPANEROS DE TRAB.	49	98%	1	2%		0%		0%
PREPREFERIRIA UD. DESEMPEÑAR OTRO TIPO DE ACTVS. DENTRO DE LA INST.	11	22%	35	70%	4	8%		0%
ESTA UD. ENTERADO DE COMO FUNCIONA EL SERV. DE LA INST.	45	90%	2	4%		0%	3	6%
SON ENTENDIBLES TODAS LAS PREGUNTAS	40	80%	7	14%	3	6%		0%

CUADRO N° 15.1

SATISFACION DE LA ATENCIONPRESTADOR DEL SERVICIO	
Disponibilidad de espacio	76%
Disponibilidad de equipo	42%
Capacitación	78%
Reconocimiento a su labor	36%
Recibe estímulos económicos	54%
Apoyo para sus funciones	80%
Desearía realizar otras funciones	22%

VI.-ANALISIS Y CONCLUSIONES

De acuerdo al trabajo presentado se puede concluir que existen problemas en el Servicio de Consulta Externa los cuales se agrupan desde los siguientes puntos de vista: administrativos, asistenciales, de recursos y de funcionamiento.

PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS

La Consulta Externa tiene una diversidad de acciones que se llevan a cabo en forma aislada sin integrar un equipo de salud interdisciplinario. Hay problemas que son específicos de los médicos como son: Falta de asistentes, tanto administrativas como de enfermería, de las cuales solamente existen 4 de 12 que marcan los indicadores y además se encuentran asignadas solamente a algunas especialidades, sin que el médico familiar cuente con su apoyo. El personal administrativo es habilitado, con escasa capacitación, por lo cual no constituye un apoyo que permita el seguimiento de los programas ya que en ese caso todas las funciones las debe asumir el médico. A pesar de que la población se encuentra dividida por código postal, dentro de cada consultorio no se cuenta con los expedientes lo cual es una limitante para la planeación de actividades y el seguimiento de programas sobre todo desde el punto de vista del médico familiar, ya que la consulta se convierte en individual como se ha hecho tradicionalmente y no familiar. El tiempo de consultorio es restringido, por lo que no se cuenta con la posibilidad de dedicarse más que lo asignado a la consulta que es lo mínimo indispensable, y por lo tanto no puede dedicarse a la promoción para la salud ni a seguimiento de programas. Además las áreas de odontología y psicología carecen de jefes efectivos de su especialidad para coordinar e integrar este equipo de salud, con las mismas limitantes respecto al personal de apoyo tanto de enfermería como administrativo y a su tiempo de consultorio.

Los problemas encontrados al analizar la satisfacción de los usuarios dependen para su solución de la intervención de otras coordinaciones de esta área y repercuten directamente en el funcionamiento de la Consulta Externa. Uno de los principales acerca del trato interpersonal tanto con los pacientes como con los compañeros, ya que la mayoría del personal no tiene la

capacitación adecuada ni llena el perfil psicológico requerido para el trato con el público.

Existen además problemas en departamentos tan importantes como archivos, de cuyo buen funcionamiento dependen una gran parte la satisfacción del usuario y que no cuenta con personal adecuado ni en cantidad ni en calidad, en el cual se observa un gran ausentismo y poca motivación para el trabajo.

Otro aspecto que el derechohabiente considera de gran importancia es el abasto insuficiente de medicamento de uso cotidiano que en ocasiones le obliga ya sea a regresar o acudir a otras farmacias distantes que le ocasionan pérdida de tiempo y dinero y que probablemente se podría solucionar con un cambio en la política de abastos, tanto de nivel central como estatal y de la propia unidad.

También es importante el diferimiento que se encuentra para la obtención de citas a los servicios auxiliares de diagnóstico y que causan molestias entre los derechohabientes. De la misma manera la dificultad que existe para la obtención de traslados por el bajo techo presupuestal con que se cuenta ya que no ha ido en aumento el relación a las necesidades y a la ineficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia.

PROBLEMAS ASISTENCIALES

De acuerdo a la calificación de las encuestas, la calidad de la atención al derechohabiente refleja que de cada 10 pacientes atendidos 3 están insatisfechos lo que nos impulsó a investigar las causas de esta situación, que fueron:

- a) Atención inadecuada de parte del personal administrativo de primer contacto.
- b) Falta de capacitación y ubicación en el puesto de los prestadores de servicio
- c) El desabasto de material y medicamentos para el usuario del servicio.
- d) La baja demanda y productividad en los servicios de odontología y psicología.
- e) Insuficientes estímulos económicos y reconocimientos al personal.
- f) Falta de asistentes de consultorios

g) Incapacidad resolutive del servicio de odontología.

PROBLEMAS DE RECURSOS

Físicos

Area insuficiente para los servicios de medicina general, jefatura de medicina general, trabajo social y psicología. Ya que se cuenta solamente con 5 consultorios para 30 médicos generales (incluyendo residentes de medicina familiar), trabajo social cuenta con un área sumamente pequeña que limita la atención adecuada si como la preparación de material educativo para la promoción de la salud y programas prioritarios, en psicología se cuenta con un consultorio donde laboran 3 Licenciados en psicología y la consulta de la especialidad de psiquiatría sin existir un área adecuada para terapias de grupo.

Materiales

De acuerdo al estudio realizado existe deficiencia de material y equipo en todas las áreas.

Humanos

En el área de trabajo social es notoria la necesidad de personal para el turno vespertino

Se requieren un asistente por consultorio en ambos turnos.

Se requiere personal administrativo para las jefaturas y la coordinación de consulta externa.

PROBLEMAS DE FUNCIONAMIENTO

Las fallas en el funcionamiento detectadas en los diferentes servicios del área estudiada se pueden atribuir a la actitud ante la Institución y ante el derechohabiente del prestador del servicio, asimismo, del usuario ante la Institución.

Lo más importante es que se inicia un proceso de evaluación constante que permite detectar los problemas de recursos, de productividad, administrativos, asistenciales y de funcionamiento de la consulta externa del primer nivel de atención. Con éste fundamento es posible implementar las medidas correctivas específicas a la problemática detectada para lograr la garantía de la calidad en la atención de la salud.

VII.- BIBLIOGRAFIA

1. Pérez Alvarez JJ. Evaluación médica. Bol Med IMSS,1974;16:281
2. Ruelas Barajas E. De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Salud Pública Mex,1990,32(2)=108-109
3. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex.,1990,32(2)=:113-117
4. Vidal Pineda L,M. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad, Salud Pública Mex,1993,35:326-331
5. Donabedian A. La calidad de la atención Médica México, Prensa médica mexicana, 1984
6. Ruelas- Barajas E.Calidad productividad y costos. Salud Pública Mex., 1993,35:298-304
7. Donabedian A. A.Quality assessment:Clinical performance and Quality Health Care 1993;1(1)=:51-52
8. Rodriguez-Dominguez J. Yanez. Regionalización Salud Pública Mex 1992;34 (suplemento):134-144
9. Viniegra L-Velazquez. El control de la calidad del ejercicio de la medicina. Gaceta Médica Mex; 1990;(4), 283-289
10. Arroyo Pedro. Posible papel del los usuarios de los servicios médicos. Gaceta Médica:1990;(4) 292-295
11. Donabedian A. Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica,1964-1984 Salud Pública Mex 1988;30:202-215
12. De Geyndt: Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente Salud Pública Mex., 1986:28
13. Reeve E. Garantía de la calidad de la atención a la salud en los países bajos. Salud Pública Mex. 1990;32:118-130
14. Jesse W.F. Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. Salud Pública Mex 1990;32,141-155
15. Schfaepfer-Pedazzini L. Infante-Castañeda C. La medición de Salud. Perspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública Mex 1990;32-141-155

16. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública Mex* 1990;32:170-180
17. Ruelas Barajas E, Vidal-Pineda L.M. Unidad de garantía de calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1990;32:225-236
18. Duran-Gonzalez, Frenk-Mora, Becerra-Aponte J. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. *Salud Pública Mex* 1990;32:181-191
19. Reyes Zapata H, Meléndez- Colindres V.M., Vidal-Pineda L M. Programas de garantía en el primer nivel de atención *Salud Pública Mex* 1990;32:232-242
20. W. Illiamsburg Garantía y monitoría de la atención médica Conference Report.un texto introductorio. 1988:99-143
21. Gonzalez F. Quality Improvement program Thomason Hospital. Probinaps, Cd. Juarez Chih., 1993
22. Enrique Ruelas-Barajas. De los conceptos a las acciones. *Salud pública. Méx.* 1992: 34 (Suplemento): 29-45
23. Donabedian A. Quality assessment: The industrial model and the health care model. *Clinical Performance and Quality Health Care* 1993; 1(1): 51-52. *Salud Publica de Mexico Myo Junio 1993 Vol 35, No. 3 (238-247)*
24. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud pública. Méx.* 1991; 3: 623-629
25. Enrique Ruelas Barajas, Beatriz Zurita Garza. Nuevos horizontes de la Calidad de la atención de la salud. *Salud pública. Mayo-Junio 1993; Vol 35, N° 3. pag. 235-237*
26. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud Publica Mex* 1993;35:94-97