

29
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN LA
RELACION DE LA PACIENTE OBSTETRICA DE
CONSULTA EXTERNA CON SU MEDICO EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A
GEORGINA TERAN CASTRO**

ASESOR: MA. DEL ROSARIO SILVA ARCINIEGA



MEXICO, D. F.

1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS:

*A la máxima casa de estudios
Universidad Nacional Autónoma de México
y a mi querida Escuela Nacional de Trabajo Social*

A mi asesora:

*Dra. Rosario Silva A.
Por otorgarme su conocimiento
e incondicional apoyo, poniendo
empêño en la elaboración de mi
tesis y formación profesional.*

Mi más sincera gratitud a:

*El Dr. Manuel Sánchez Rosado
Mtro. Vicente Infante Gama
Lic. Carmen Flores Cisneros
Lic. Patricia González Solano
y a la Dra. Ma Dolores Anta L.
por su valioso tiempo en la revisión
de mi tesis.*

Especialmente a Dios.

*Al ser maravilloso que me engendró
y que permaneció a mi lado a lo largo
de este camino, para lograr uno de
los proyectos más ambiciosos de mi
vida.*

¡GRACIAS MAMÁ!

Mis sobrinos:

*J. Miguel, Adrián y Alberto
por alegrar la existencia*

*A ese compañero fiel
de los días de lucha
sin gloria.*

J. Germán Rodríguez H.

A mis hermanos:

*Alejandrina y Adrián por su
cariño y cuidados a lo largo de
toda mi vida.*

*Mi gratitud y reconocimiento
a mis compañeros y amigos:*

*Lydia Lizbet Hernández V
Lidia Aguilar Enriquez
Arturo Jaramillo Ortega
por su apoyo incondicional*

*Y a todas esas personas
que de una u otra manera
me apoyaron para la rea-
lización de esta tesis.*

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
CAPÍTULO I PLANTEO TEÓRICO	
A. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS	
1. Calidad de la atención médica	1
a. Calidad	
b. Atención médica	2
2. Relación de la paciente obstétrica de consulta externa	3
a. Relación	3
b. Paciente obstétrica	3
c. Obstétrica	4
d. Consulta externa	4
e. Externa	5
3. Médico	6
4. Instituto Nacional de Perinatología	6
B. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	
1. Antecedentes de la calidad de la atención médica	8
2. De la atención técnica a la atención médica	12
a. Atención técnica	12
b. El manejo de la relación interpersonal	13
c. El ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención	14
3. Garantía de calidad	15
4. La calidad de la atención y su cantidad	16
5. Costo monetario y calidad de la atención	17
6. Beneficio, riesgo y costo: Un modelo unificador	17
7. Los pacientes y la definición de calidad	18
C. ALGUNOS ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE CALIDAD	
1. Rose Laub Coser.	21
2. Freidson E.	22
3. Cartwright A.	26
4. Fisher A.W.	27
5. Enrique Ruelas Barajas	29
6. Lourdes Campero Cuenca	32

	Pág.
<i>D. ELEMENTOS QUE INTERACCIONAN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA PACIENTE CON SU MÉDICO</i>	
Comunicación entre pacientes y doctores	33
<i>E. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD</i>	
1. Manuel Ruiz de Chávez	35
2. Héctor Aguirre Gas	43
3. Avédis Donabedian	46
a. La evaluación de la estructura	47
b. La evaluación de los resultados	48
4. Lene y Kelman. Evaluación de la calidad de la atención médica	48
<i>F. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</i>	
1. Ubicación	52
2. Antecedentes de la Institución	53
3. Organización	54
4. Estructura	55
5. Objetivos	55
<i>G. TRABAJO SOCIAL EN EL INPer</i>	
1. Trabajo Social para el INPer	56
2. Objetivos y funciones de Trabajo Social en el INPer	57
a. Objetivos	57
a. 1. Objetivos de enseñanza para la profesional	57
a. 1.2 Para la profesional	54
b. 1. Objetivos de asistencia	58

	Pág.
c. 1. Objetivos para investigación	58
b. Funciones de Trabajo Social en el INPer	59

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

<i>Planteamiento del problema</i>	61
<i>Objetivos</i>	62
Objetivo General	62
Objetivos específicos	62
<i>Hipótesis</i>	63
Hipótesis de trabajo	63
Hipótesis alterna	63
<i>Tipo de estudio</i>	63
<i>Variables</i>	64
Variable independiente	64
Variable dependiente	64
Variables demográficas	64
Definición conceptual de las variables	64
Operacionalización de las variables	65
<i>Muestra</i>	66
<i>Criterios de inclusión y exclusión de participantes</i>	67
Criterios de inclusión	67
Criterios de exclusión	67

<i>Instrumento</i>	Pág. 68
<i>Estadística</i>	68
<i>Procedimiento</i>	69

CAPÍTULO III DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

<i>A. Variables demográficas</i>	70
1. Edad	70
2. Escolaridad	71
3. Estado civil	72
4. Número de hijos	72
5. Tipo de consulta	73
6. Médico tratante	74
7. Número de consulta	75
<i>B. Variables de atención médica</i>	76
1. Semana de ingreso al INPer para recibir atención médica	76
2. Embarazo planeado o no planeado	77
3. Intervalo de tiempo entre el embarazo actual y el anterior	78
4. Antecedentes de importancia	78
5. Valoración del historial clínico del embarazo actual	78
6. Factores que indican embarazo de alto riesgo	79
7. Examen físico general rutinario	82
8. Registro rutinario de: estatura, aumento en el diámetro, peso, frecuencia cardíaca de la madre y el feto	82
9. Valoración del estado de salud	83
10. Exámenes efectuados	83
11. Ultrasonido y monitorización	84
12. Orientación sobre signos de alarma	85
13. Consejos sobre actividades diarias	85
14. Tratamiento de síntomas	86
15. Orientación sobre trabajo de parto	87

	Pág.
<i>C. Interés personal y la relación médico paciente</i>	
1. Percepción de la atención	87
2. Presentación del médico tratante con su paciente	88
3. Atención en el día de la cita	88
4. Citas canceladas	88
5. Citas a las que no acudió la paciente	89
6. Atención de su médico y otro médico que no sea su médico tratante	89
7. Atención por otro médico	90
8. Motivo por el cual no fue atendida por el médico tratante	91
9. Tiempo de espera después de la hora de la cita	91
10. Conocimiento sobre la evolución del embarazo	91
11. Información sobre resultados de: Exploración, estudios y el estado de salud o diagnóstico	92
12. Diagnóstico y su explicación	93
13. Lenguaje del médico	93
14. Exposición de dudas y su aclaración	94
15. Cambiar médico	94
16. Razones por las cuales se quiere y/no cambiar de médico	95
17. Comentario sobre la relación que se tiene con el médico	95
<i>D. Amenidades</i>	
1. Satisfacción con la atención médica recibida	96
2. Satisfacción con la información que brinda el médico	97
3. Satisfacción con el ambiente del consultorio	97
4. Costo de la consulta	98
5. Método de pago	98
6. Ubicación del Instituto	98
7. Tiempo de tolerancia	98
8. Opinión y cambio de médico	99
<i>E. La calidad de la atención en el Instituto:</i>	
1. ¿por qué eligió atenderse en el INPer?	100
2. ¿Cómo se sintió al ser atendida en el INPer?	100
3. Comentario sobre la calidad de la atención médica en el INPer	101

	Pág.
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
<i>1. Atención médica</i>	105
a. Historial clínico	105
b. Examen físico	109
c. Cuidado perinatal	109
d. Orientación sobre los signos de alarma	109
e. Actividades diarias sobre el embarazo	110
<i>2. Relación médico paciente</i>	111
a. Atención en el día de la cita	111
b. Atención personalizada	112
c. Lenguaje del médico	113
d. Opinión sobre el médico tratante	114
e. Relación médico paciente	115
f. Percepción de la atención personalizada	115
<i>3. Amenidades o ambiente físico en que se desarrolla el proceso de atención</i>	116
a. Satisfacción	116
b. Conveniencia de la ubicación del Instituto	116
c. Opinión sobre calidad de la atención médica	117
CONCLUSIONES	118
SUGERENCIAS	122
BIBLIOGRAFÍA.	125
APÉNDICE No. 1	131
APÉNDICE No. 2	132

INTRODUCCIÓN

El antecedente de este estudio se remonta a la ejecución de la práctica institucional correspondiente al 9o. semestre de la carrera de Licenciado en Trabajo Social, de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, que se efectuó en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), en el departamento de Trabajo Social, bajo la supervisión de la Lic. Patricia González, en donde con la participación de la Dra. Ma. Dolores Anta López, se realizó desde los meses de septiembre de 1994 a enero de 1995 una investigación sobre calidad de la atención médica, la cual arrojó interesantes resultados acerca del tema, pero sesgados, pues esta investigación se realizó durante un movimiento de residentes en el INPer.

Al revisar bibliografía sobre calidad de la atención médica se encontró que no sólo había sido importante conocer los aspectos a los cuales se hizo referencia en esa oportunidad, como fueron; la calidad de los servicios, la atención recibida por las pacientes obstétricas, entre otros, sino que también era relevante conocer el aspecto de la relación de la paciente con su médico, reflejado a través del interés personal que éste da a cada una de sus pacientes, lo cual no se retomó en la investigación efectuada anteriormente.

Hasta ese momento las profesionales de la licenciatura en Trabajo Social del INPer no habían incursionado en este tópico, por lo que al realizar la investigación en la institución se pretendió analizar como punto central, la relación médico paciente intentando entrar en un nuevo campo de investigación, ya que entre los objetivos que el propio INPer estipuló como propios del Trabajo Social, se encuentran los de Investigación, Enseñanza y Asistencia.

Se realizó la investigación denominada "*Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer*".

Para fines de este estudio *atención médica* fue entendida como 'la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud (Dunnabedian 1991, p. 4), y se entendió como relación médico paciente obstétrica de consulta externa a la correspondencia o reciprocidad que existe entre la mujer embarazada en control prenatal, que se haya bajo la atención médica, admitida en la Institución de acuerdo a lineamientos establecidos en ésta.

El informe que ahora se presenta, se integró con cuatro capítulos, el primero denominado planteo teórico, el segundo metodología, el tercero descripción de los resultados y el cuarto análisis de los resultados, así como conclusiones, sugerencias, bibliografía y apéndices.

El primer capítulo se inició abordando la definición de conceptos básicos ya que en este tipo de estudios resulta de vital importancia aclarar el sentido de los más importantes, así se detalló lo que es calidad de la atención médica, la relación médico paciente obstétrica de consulta externa, se tocaron los temas sobre calidad de la atención médica, algunos estudios realizados sobre calidad, elementos que interaccionan en la calidad de la atención médica, la relación que tiene el paciente con su médico, cuatro métodos para evaluar la calidad, algunos aspectos elementales para el estudio sobre el Instituto Nacional de Perinatología, como su ubicación, antecedentes, organización, estructura y sus objetivos, haciendo énfasis en los realizados por el Trabajo Social.

En el segundo capítulo el problema se planteó en los siguientes términos ¿Existe calidad de atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico tratante en el INPer?, se realizó un estudio exploratorio de campo y transversal, como variable independiente se manejó calidad de la atención médica, la variable dependiente fue

la relación de la paciente obstétrica con su médico tratante y como variables demográficas se manejaron: edad, tipo de consulta, escolaridad, estado civil, número de hijos y nombre del médico tratante, las variables se definieron conceptual y operacionalmente, la muestra fue integrada por 214 pacientes de consulta externa y el tipo de muestreo aplicado fue no probabilístico por cuota.

En el tercer capítulo se *reportaron los resultados* que para su mayor comprensión se dividieron en la exposición de las variables demográficas, para posteriormente presentar tres rubros: 1) Atención médica, 2) Relación médico paciente e interés personal y 3) Las atenciones o el ambiente físico en que se desarrolla el proceso de atención.

Algunos resultados de las variables demográficas, ubicaron a la moda por edad en los 27 años, el más alto porcentaje que se presentó en la escolaridad fue el de secundaria completa no encontrándose analfabetismo, la moda en el estado civil se dio en las pacientes que manifestaron estar casadas, en cuanto al número de hijos, el mayor porcentaje se dio en las pacientes que no tienen descendencia, se abordó también el nombre del médico tratante, tipo y número de consulta.

El rubro que identifica la *atención médica* se conformó con 38 reactivos distribuidos de la siguiente manera: Historial médico, examen físico, cuidado perinatal, orientación sobre signos de alarma y actividades diarias durante el embarazo; el porcentaje más alto obtenido en este rubro, se dio en el apartado de 'examen físico', específicamente en el reactivo 'registro rutinario de peso', donde el 90% de las pacientes aceptaron que la actividad fue ejecutada, y el porcentaje más bajo se dio en el apartado 'actividades diarias durante el embarazo', en el reactivo 'consejos sobre los viajes', en el cual sólo el 23% de las pacientes aceptaron que se les orientó sobre este tópico.

CAPÍTULO I
PLANTÉO TEÓRICO

A. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS

En todo tipo de estudios resulta de vital importancia definir los conceptos elementales que se retoman en la elaboración del estudio, por lo cual, se iniciará definiendo lo que se entiende por: CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA RELACIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA DE CONSULTA EXTERNA CON SU MÉDICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.

I. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En todo modelo de investigación es recomendable aclarar los conceptos básicos de este, por lo que se iniciará definiendo que es la calidad:

a. CALIDAD

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (1992) Calidad es: (Del. Lat. Qualitas, atis) F. propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que los constantes de su especie. En sentido absoluto buena calidad, superior o excelencia. (Dic. 1992, pág. 365)

En el Diccionario de Sinónimos y Antónimos de Sainz (1983) a la Calidad se le denomina también: Importancia, aptitud, disposición, bueno y excelente. (Dic. 1983, pág. 74)

B. ATENCIÓN MÉDICA

La Ley General de Salud define en su Capítulo II Artículo 32 lo que se entiende por **atención médica**: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. (Ley General de Salud, 1995, Cap. II art. 32)

En el Artículo 33 se enumeran las actividades de **atención médica** que son :

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y protección específica;
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir la invalidez física o mental.

(Ley General de Salud, 1995, Cap. II art. 33)

En Donabedian (1990) "la calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación" se encontró que el autor utilizó como sinónimo **atención técnica** la cual define como: la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud. (Donabedian, 1991 pág. 4)

También menciona que la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo beneficio para la salud sin aumentar con ello su riesgo. El grado de calidad es por lo tanto, la medida en la que la atención presentada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgo y beneficio.

(Donabedian, 1990, pág. 6)

El modelo más simple y completo de la atención es: el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional individual, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado siendo posible dividir la atención médica en dos aspectos: el técnico y el interpersonal. (Donabedian, 1991 pág. 4)

El autor desarrolla el tema de calidad en la *Revista de Salud Pública* (1991) y considera tres componentes de la atención a la salud:

1. Atención técnica
2. El manejo de la relación interpersonal
3. El ambiente físico en que se desarrolla el proceso de atención. (Rev. 1991, pág. 113-117)

Después de retomar los elementos propuestos por Donabedian para definir la atención médica en este trabajo el siguiente concepto a descomponer es el de :

2. RELACIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA EN CONSULTA EXTERNA

De este concepto importa detectar primero el de relación y después el de paciente obstétrica:

a. RELACIÓN

Según el *Pequeño Larousse Ilustrado* (1991) **Relación** es: f (Lat. Relativo) Acción y efecto de referir o referirse, conexión de una cosa con otra (sin analogía consonancia correlación o correspondencia) correspondencia entre dos personas o cosas que se consideran a un mismo tiempo. (Larousse, 1991 pág. 130)

Y para el *diccionario Español de Sinónimos y Antónimos de Sainz* (1983) **Relación** es: reciprocidad, correspondencia, conformidad, coherencia, connotación, conexión, correlación, afinidad y dependencia. (Sainz, 1983, pág. 932)

b. PACIENTE OBSTÉTRICA

En el *Diccionario Castellano Ilustrado de Fernández Editores*, México 1960, se encontró que **Paciente** es: quien padece una dolencia. (Dic. 1960, pág. 125)

Para el Diccionario de Ciencias Médicas Porland, *paciente* significa, (Lat. *patiens-entis* el que sufre) m. persona en forma o que se halla realizando tratamiento por enfermedad. (Dic. 1981. 532)

Sin embargo el diccionario que da una definición más amplia sobre este concepto es el Diccionario de la Real Academia Española (1992) donde *paciente*, significa: (Del Lat. *patiens, entis, pade pati, padecer* sufrir) Persona que padece física y corporalmente, el doliente, el enfermo, en propiedad aquel que se halla bajo atención médica por ejemplo quién es o va a ser reconocido médicamente. (Dic. 1992, pág. 550)

c. OBSTÉTRICA

El presente estudio se refiere no a todas las pacientes del Instituto de Perinatología sino a un tipo específico que son las pacientes obstétricas, donde obstetricia viene de obstétrica.

Obstetricia: es la parte de la medicina que trata del embarazo, parto y puerperio. (Creasy Robert K., 1987, pág. 15)

Paciente Obstétrica: la mujer que se encuentra embarazada, en parto o puerperio que se halla bajo atención médica.

d. CONSULTA EXTERNA

En el Pequeño Larousse Ilustrado escrito por Ramón García-Pelayo y Gross México (1991), se encontró que *Consulta* es, f. parecer o dictamen que da una persona sobre una cosa. (Dic. Larousse, 1991, pág. 43)

Y para el Diccionario de la Lengua Española (1992), *consulta* se define como: Acción y efecto de consulta parecer o dictamen que por escrito o de palabra se pide o se da acerca de una cosa, consultorio local en que el médico recibe al paciente. (Dic. 1992, pág. 60)

e. EXTERNA

El Diccionario de la Lengua Española, (1992) menciona que *Externa* es (Del. Lat. Externus) Adj. de lo que obra o se manifiesta al exterior, y en comparación o contra posición con lo interno. (Dic. 1992, pág. 90) Y para el Pequeño Larousse Ilustrado (1991.) *Externa* Adj. (Lat. externus) que viene de fuera o está fuera. (Dic. 1991, pág. 102)

La consulta externa en el INPer está estructurada por: el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Especialidades y Seguimiento Pediátrico.

Las pacientes que se atienden en consulta externa son: Mujeres embarazadas que cumplan con los siguientes requisitos generales: edad menor de 17 años o mayor de 35, tener un embarazo menor a 6 meses (28 semanas), gestantes con: antecedentes de dos o más partos prematuros, antecedentes de dos o más niños con bajo peso al nacer, dos o más hijos que pesen más de 4 kilos al nacer, uno o más hijos con malformaciones al nacer, dos o más hijos que nacieron muertos, antecedentes de dos o más cesáreas, epilepsia, diabetes mellitus, enfermedades de la glándula tiroides, enfermedades del riñón, enfermedades del pulmón, enfermedades del corazón, Rh negativo sensibilizadas, embarazo múltiple, placenta de inserción baja, presión arterial alta, infecciones, tumores, tabaquismo, alcoholismo o uso de drogas, una o más muertes neonatales y otras causas no señaladas y que sean valoradas por los médicos del Instituto.

El número de pacientes ginecológicas y obstétricas subsecuentes que se atendieron en consulta externa durante el periodo de enero a diciembre de 1985 fue de 53,766 , en cuanto a las consultas obstétricas se atendieron a 29,468 de pacientes ginecológicas se atendieron 24,298 citas subsecuentes, más aparte las pacientes de primera vez y otras especialidades. (Dr. Cabral, Jefe del departamento de consulta externa del INPer, 1996)

3. MÉDICO

De igual manera se buscó el significado de médico en distintos diccionarios y se encontró en el Diccionario Castellano Ilustrado (1960), que *Médico*, es: Adj. Relativo a la medicina m. el profesional que la ejerce. (Dic. 1960, pág. 630)

Sin embargo para el Diccionario de la Real Academia (1992) *Médico*, viene (Del . Lat. médicos) Adj. perteneciente o relativo a la medicina m. y f. personal legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina, aquel a quien se llama para las consultas y casos graves. (Dic. 1990, pág. 520)

En el Diccionario de Sinónimos y antónimos (1983) se encontró que *Médico*, es: Médico, cirujano. (Dic. 1983, pág. 98)

4. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

En el Decreto Constitutivo de Abril, 20 de 1983, el Dr. Ernesto Castelazo (1983), señaló que: *El Instituto Nacional de Perinatología* es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, y que se entiende como perinatología a todo aquello que está alrededor del nacimiento. (Memoria, 1983-88 pág. 72)

El Instituto Nacional de Perinatología *INPer*, se encuentra ubicado al poniente de la ciudad de México D.F. en Montes Urales núm. 800 Col. Lomas de Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11000. Está conformado por una estructura que se adaptó a sus demandas: cuenta con cinco edificios el edificio A Consulta externa; edificio B Hospitalización, edificio C Auditorio y oficinas de Gobierno, edificio D Servicios Generales, Talleres de Conservación, mantenimiento y guardería y la Torre de Investigación. (Memoria 1983-1988 pág. 72).

Las autoridades Gubernamentales del país han designado al *INPer* como un Centro de Tercer Nivel de atención (en el cual se atienden casos que requieren de atención especializada) por lo que en su esquema de asistencia médica integral hace eco a los propósitos del Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud y a los objetivos del Plan Nacional de Salud, a través de apoyo asistencial en el área de la reproducción, crecimiento y desarrollo humano. (Memoria. 1983-88 pág. 72)

Para este estudio CONSULTA EXTERNA es: el efecto de consultar el parecer o dictamen que hace el médico a la paciente que se encuentra en la fase de embarazo, parto o puerperio y que viene del exterior, fuera del local o consultorio.

Para este estudio se entenderá como RELACIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA DE CONSULTA EXTERNA CON SU MÉDICO: a la correspondencia o reciprocidad que existe entre la mujer embarazada, en control perinatal que se halla bajo atención médica, y se entendió como relación médico paciente a la correspondencia o reciprocidad que existe entre la mujer embarazada en control perinatal, admitida en la institución de acuerdo a lineamientos establecidos en ésta.

Definidos los términos que sustentan este estudio, se pasará a revisar a algunos teóricos que han trabajado el tema de la calidad de la atención médica.

B. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

1. ANTECEDENTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Enrique Ruelas Borjas en la Revista de Salud Pública de México (1990), dice que los antecedentes de garantía de calidad de los servicios de salud, se remontan a fines del siglo cuando se registraron los primeros esfuerzos documentados para evaluar la calidad de la atención médica en la guerra de Crimea. Durante muchos años estos esfuerzos fueron dirigidos a desarrollar metodología para evaluar la calidad más que para establecer mecanismos que aseguran que los hallazgos de la evaluación realmente mejoran los servicios proporcionados. (Ruelas, 1990, pág. 226)

Aguirre Gas (1990), menciona que, en el coloquio sobre Medicina Social efectuado en Panamá en abril de 1966, el médico Fernando González M. presentó la ponencia denominada "La calidad de los servicios médicos dentro de los regimenes de seguridad social", en ella se refiere que los antecedentes previos de la evaluación médica, se ubican a partir de 1918, haciendo énfasis en la trascendencia del procedimiento para garantizar y promover una atención médica de calidad. Como resultado de los trabajos presentados en el coloquio se propuso la creación de un grupo de trabajo encargado de definir las normas básicas de calidad. (Aguirre-Gas 1990, pág. 172)

En 1956 el Hospital de La Raza inició en forma extraoficial la revisión de expedientes para evaluar la calidad de la atención, creando en 1957 la Comisión de Supervisión Médica del IMSS. Para 1959 se integró la Auditoría Médica en el IMSS, sentando las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión del expediente clínico. En 1962 se publicó por la subdirección General Médica del IMSS un fascículo denominado "Auditoría médica". (Aguirre-Gas 1990, pág. 172)

En 1972 la Auditoría Médica evolucionó a Evaluación Médica, editándose un fascículo de Instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico, que representa un modelo que ha sido adoptado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (del cual formó parte inicialmente el INPer) y por el Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Como complemento imprescindible para lograr una evaluación efectiva, en 1973, la Subdirección General Médica del IMSS editó las instrucciones para la correcta integración del expediente clínico en el documento "El expediente clínico en la atención médica" con el cual se definieron con precisión las reglas para su elaboración. (Aguirre, 1990, pág. 172)

El grupo formado por González M., Lee Ramos, Santisteban, Pérez Alvarez, Remolina Barreneque, entre otros inició sus publicaciones relacionadas con la evaluación médica en 1974 abordando los siguiente tópicos:

- a) La autocrítica del médico como instrumento para mejorar la calidad de la atención
- b) La autoevaluación de los casos de defunción que fueron sujetos a autopsia
- c) La atención y evaluación de la comunidad
- d) La atención en los traslados interunidades de pacientes
- e) La evaluación de la calidad de la atención de enfermería a través de la revisión de sus registros
- f) La evaluación de la eficiencia de un médico con base en su productividad y sus posibles repercusiones en calidad. (Aguirre, 1990, pág. 172)

Por último, publicaron los resultados obtenidos en la evaluación de 26,000 expedientes realizada por el Departamento de Evaluación Médica de la Subdirección General Médica del IMSS. (Aguirre, 1991, pág. 172)

En las referencias antes mencionadas el enfoque fundamental se basó en la revisión del expediente clínico, se plantearon otros aspectos que aún no se llegaron a evaluar como: las condiciones de dotación y funcionamiento del equipo médico, abastecimiento y dispendios del material de consumo y medicamentos, así como capacitación del personal, la importancia de la participación del Jefe de Departamento Clínico, y la importancia de la relación médico paciente. (Aguirre, 1991, pág. 172)

La autoevaluación quedó planteada al dividirse la auditoría médica en interna (autoevaluación) y externa (evaluación), posteriormente aparecieron publicaciones extensas en relación con la evaluación y la administración de servicios de salud que continúan desarrollando y consolidando este procedimiento como promotor de calidad y atención; así tenemos a Simon Feld en 1978, Cordera Pastor en 1983, Avédís Donabedian (sin fecha) y González Posada en 1984. (Aguirre, 1991, pág. 172)

Como complemento importante para la evaluación de la calidad de la atención, se han normado:

1. La operación y funciones de los comités médicos asistenciales de unidades médicas:
de Evaluación del Expediente Clínico
2. Detección, Prevención y Control de las Informaciones Hospitalarias de Tejidos
3. De mortalidad, y
4. De Investigación. (Aguirre, 1991, pág. 172)

En Julio de 1987, la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS", incluyendo un "instructivo" y una "Cédula de Registro", documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud, y que en ese mismo año editaron las "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. (Aguirre, 1991, pág. 173)

En 1982 la administración del Instituto Nacional de Salud Pública de México, pronunció de manera explícita, a través de la Secretaría de Salud, la necesidad de mejorar la calidad de los servicios. (Ruclas-Borjas, 1990, pág. 226,227)

En 1984, el Centro de Investigaciones de Salud Pública, inició un esfuerzo para realizar investigaciones sobre calidad, dirigida en ese momento exclusivamente a la atención perinatal en México. (Ruclas-Borjas, 1990, pág. 226,227)

En 1985, El Instituto Nacional de Perinatología, con la asesoría del Centro de Investigaciones en Salud Pública, estableció lo que constituye la primera experiencia formal de un programa de garantía de calidad de la atención médica en este país. (Ruclas-Borjas, 1990, pág. 226,227)

En 1986, Frenk y colaboradores, publicaron un modelo basado de una concepción innovadora sobre el universo de operación de la investigación en salud pública, cuyo marco conceptual se encuentra representado por tres partes o áreas que confluyen en una matriz tridimensional que las representa, las áreas son:

- 1) Sustantivas
- 2) Metodológicas y
- 3) Del conocimiento. (Ruclas-Borjas, 1990, pág. 226,227)

Una de las áreas sustantivas claramente identificadas en el modelo, es la calidad de la atención, como uno de los factores mediadores entre la utilización de los servicios. De estos modelos se generó la oportunidad de continuar una línea de investigación que dirigió sus esfuerzos a mejorar la calidad de la atención y a generar metodología para lograrlo. Los esfuerzos que en materia de calidad de la atención médica se generaron a partir de ese año, lograron consolidar una agenda de trabajo cuya incidencia logró abarcar los diferentes niveles de atención médica. (Ruelas-Horjas, 1990, pág. 226,227)

En 1987, la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), marcó una nueva era en el desarrollo de la investigación y de la educación superior, este campo representó la adopción de un impulso renovador en el estudio de la Salud Pública motivado por el afán de conocimiento y la urgencia de responder a las necesidades de la población. Los estudios de calidad de la atención médica que ya se estaban desarrollando, se continuaron y se incorporaron a nuevos proyectos. (Ruelas-Horjas, 1990, pág. 226,227)

2. DE LA ATENCIÓN TÉCNICA A LA ATENCIÓN MÉDICA

Ya en el inicio de la definición de conceptos, se mencionó que no se localizó el término de atención médica y parece que el de atención técnica ha sido utilizado como un sinónimo de éste. Siendo el tema de estudio: *“Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer”*, parece relevante abundar sobre lo escrito acerca de la atención técnica o bien la atención médica.

Donabedian (1991) escribió que la búsqueda de una definición de lo que es la calidad puede atinadamente empezarse por lo que es quizá el modelo más simple y completo de la atención: “el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional individual, a

un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado", y que es posible dividir este tratamiento en tres aspectos.

- 1) Atención técnica
- 2) El manejo de la relación interpersonal
- 3) El ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención. (Donabedian, 1990, pág. 113-117).

a. ATENCIÓN TÉCNICA

La atención técnica es la aplicación de la ciencia, la tecnología de la medicina así como de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud cuando es acompañado de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo. Ésta, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad, es por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (Donabedian, 1991 pág. 4-6)

b. EL MANEJO DE LA RELACIÓN INTERÉS PERSONAL

El manejo de las relaciones interpersonales es un arte, porque sus fundamentos científicos son relativamente débiles y por que aún lo que de ciencia se sabe rara vez se enseña. Puesto que la atención técnica no es completa ni exclusivamente una ciencia, y el cuidado interpersonal es capaz de convertirse por lo menos en parte, en una ciencia, la distinción entre la ciencia y arte sólo puede aceptarse como una representación imperfecta de la distinción entre atención técnica e interpersonal (Donabedian, 1991, pág. 5)

Cabe señalar sin embargo, que los dos aspectos están interrelacionados y puede ser difícil hacer una diferenciación entre ambos. Es fácil ver como la relación interpersonal puede influir sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico (Donabedian, 1991, pág. 5)

El manejo de la relación interpersonal debe llevar valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí se sigue que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas expectativas y aspiraciones. En la medida en que el proceso interpersonal contribuye al fracaso o al éxito de la atención técnica, ayuda al equilibrio de los beneficios y riesgos que dimanen de esta atención. Finalmente, una evaluación de beneficios o riesgos, cualquiera que sea su naturaleza, debe ser compartida al menos por el paciente además del profesional responsable de la atención. (Donabedian, 1991, pág. 7)

La calidad de la atención es por tanto, *aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar*. Este concepto es fundamental para los valores, ética y tradiciones de las profesiones de la salud; *"cuando menos no dañar, usualmente hacer algún bien e, idealmente, realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada"*. (Donabedian, 1991, pág. 7)

c. EL AMBIENTE FÍSICO EN QUE SE DESARROLLA EL PROCESO DE ATENCIÓN

Puede haber un tercer elemento de la atención, que podría llamarse sus "amenidades" esto se puede entender como el ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención, este

término pudiera describir características tales como: una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, un espejo de exploración bien lubricado, una cama cómoda, un teléfono a la mano, buena alimentación, etc., todo lo anterior manejado dentro de un modelo general de calidad. Esto se ve con más claridad cuando se describe en forma abstracta como: comodidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad y otros términos semejantes. (Donabedian, 1991, pág. 6)

3. GARANTÍA DE CALIDAD

El término ha sido definido por Donabedian (1990), como aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica monitorizada y sus resultados son seguidos, de tal manera que se identifiquen las diferencias y se lleven a cabo las correcciones necesarias que conduzcan a un mejoramiento en la salud y el bienestar de los individuos. (Donabedian, 1991 pág. 3-4)

El término garantía de **Calidad**, significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica -estructura y proceso- sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad. (Donabedian, 1991 pág. 3-4)

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. Los juicios sobre calidad a menudo no se hacen sobre la atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el marco y/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 la calidad. (Donabedian, 1990, 3-4)

Freidson, define la calidad en términos de ciertos comportamientos por parte del médico, o atributos de su atención, que a su juicio denotan interés personal o competencia. Estos dos rasgos se encuentran interrelacionados entre sí, ya que son condiciones necesarias para una aplicación altamente individualizada de los conocimientos médicos al padecimiento de cada paciente, de la manera en que se tomó en cuenta las necesidades, expectativas y preferencias del enfermo. Esto es obviamente una definición individualizada de calidad. (Donabedian, 1990, pág. 49)

Los atributos de la buena atención según Freidson, se recogen en varias combinaciones en muchos estudios, pero su conclusión, de que el interés personal y la competencia son categorías esencialmente iguales e inseparables, no ha mermado el interés continuado en separarlas y encontrar cuál es la más importante para qué tipo de pacientes. (Donabedian, 1990, pág. 50)

4. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y SU CANTIDAD

Una pregunta que se presenta desde el principio de una búsqueda del significado de la calidad, es su relación con la cantidad de atención. (Donabedian, 1990, pág. 7)

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 la atención es deficiente en calidad debido a su insuficiencia cuantitativa. (Donabedian, 1990, pág. 7)

Siempre que se haga un juicio acerca de la necesidad o conveniencia de la cantidad de la atención, queda implícito un juicio sobre la calidad de la atención misma. Las valoraciones de la cantidad y de la calidad de la atención están inexplicablemente entreteljadas. (Donabedian, 1990, pág. 8)

5. COSTO MONETARIO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención y su costo monetario están interrelacionados de diversas maneras, entre las cuales se cuentan las relaciones entre cantidad y calidad. Obviamente, la calidad cuesta dinero, puesto que presupone una cantidad adecuada de atención y a menudo significa más cuidado. (Donabedian, 1990, pág. 8)

Cuando la atención es excesiva y dañina, resulta más cara y de peor calidad. Cuando la calidad se presta en forma ineficaz también desaprovecha recursos y es más cara de lo que necesita ser. (Donabedian, 1990, pág. 9)

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 calidad a un costo menor. (Donabedian, 1990, pág. 9)

6. BENEFICIOS, RIESGOS Y COSTOS: UN MODELO UNIFICADOR

Donabedian (1990), realiza un intento al revisar los tres siguientes aspectos: beneficios, riesgos y costos. En dos gráficas intenta explicar sus ideas, en la primera se refiere a las unidades de beneficios, utilidades, riesgos o costos en la cual señala: los beneficios, utilidades de los beneficios, riesgo y el costo monetario. La segunda, titulada beneficios o utilidades menos riesgos o riesgos más costos, muestra: Beneficio menos riesgo, beneficio menos (riesgo + costo) y utilidad de los beneficios menos (riesgo + costos). (Donabedian, 1990, pág. 12)

Los adelantos en ciencia y tecnología médicas, por definición, mejoran la habilidad para lograr mayores beneficios, disminuir los riesgos o ambas cosas. Esto significa que los beneficios menos riesgos, alcanzarán su máxima altura posible, y la estrategia de tratamiento que en promedio alcance este resultado, representará el más alto nivel de calidad en igualdad de circunstancias. Cualquier cosa menos, será de calidad imperfecta, pero sólo la conservación y el uso pueden fijar los límites aproximados de lo que se quiere decir cuando la calidad se juzga como media o deficiente. (Donabedian, 1990, pág. 12)

Otra consideración importante es que la evaluación de los beneficios, riesgos y costos monetarios pueden corresponder de tal manera, que su interrelación permanezca invariable: Los pacientes y los médicos suelen variar en su propensión a correr riesgos en la expectativa de un beneficio dado, y la evaluación hecha sobre el costo monetario probablemente sea más sensible que la que se base sobre los incrementos en el nivel de salud. Pero todas estas son hipótesis y por lo tanto, están sujetas a exploración empírica. (Donabedian, 1990, pág. 14)

7. LOS PACIENTES Y LA DEFINICIÓN DE CALIDAD

Es posible hipotéticamente, concebir que diversas estrategias y estilos en el manejo del proceso interpersonal tienen beneficios y riesgos esperados en lo que respecta a uno o a varios aspectos del bienestar del paciente. (Donabedian, 1990, pág. 14)

Un argumento para mantener este tipo de cuidado por separado como una medida de la calidad, es la dificultad de expresar en una unidad común de mediciones, la multiplicidad de las ganancias y pérdidas esperadas en relación a los muchos objetivos del cuidado en las dos

formas de atención médica. Importante como es el problema, lo constituye una barrera para concebir la posibilidad de una medida o estándar de la calidad que sea la suma final de todos los posibles beneficios, riesgos y costos monetarios que origina el cuidado. (Donabedian, 1990, pág. 14-15)

Los pacientes, individual y colectivamente son los definidores primarios de lo que significa la calidad, ellos suelen tener una visión más amplia de estas cosas y por lo tanto, esperan más del facultativo que lo que éste desee o es capaz de dar. También contribuyen sus valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal, en cuanto a la definición en calidad, la satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la atención, esto es un fenómeno curiosamente complejo.

La satisfacción o insatisfacción del paciente corresponden a la curación de una herida o la compostura de huesos, además de ser en sí un objetivo y resultado de la atención, puede verse también como una contribución a otros, podría concernir a los escenarios y amenidades de la atención, a aspectos del tratamiento técnico, a características de la atención interpersonal y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado. Una suma y un balance subjetivo de estos juicios detallados representaría la satisfacción total. Por ello, es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor para alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos en los que éste es la autoridad última. (Donabedian, 1990, pág. 32)

La medición de la satisfacción, es por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación. La valoración informal de la satisfacción, tiene un papel aún más importante en el curso de cada interacción médico-paciente, ya que el profesional puede

usarla continuamente para monitorear y guiar dicha interacción y al final, hacer un juicio sobre qué tan acertada ha sido. (Domabedim, 1990, pág. 32)

La satisfacción del paciente está relacionada con la calidad, de varias maneras, en la medida en que la satisfacción del paciente es en sí un beneficio de la atención, figura en el balance del beneficio y daños, que es el núcleo fundamental de la definición de la calidad. En la medida en que la satisfacción del paciente es un juicio sobre la calidad de la atención, no forma parte de la definición de la calidad, sin embargo, constituye la mejor representación de criterios componentes de la definición de la calidad, especialmente de aquellos que conciernen a las expectativas y valoraciones del paciente. (Domabedim, 1990, pág. 32)

Héctor Aguirre-Gas, menciona que los pacientes que acuden a las unidades médicas, esperan contar con un servicio médico accesible tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos, atención con cortesía y en forma oportuna; un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. (Aguirre, 1990, pág. 174-175.)

También esperan contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico paramédico, y de enfermería, recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental y material de consumo suficiente, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación; personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga; realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable; así como con resultados satisfactorios de la aten-

ción en cuanto a solución del problema que motive el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento o paliación; egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención) (Aguire, 1990, pág. 174-175.)

Ya que se han revisado someramente los antecedentes de la calidad de la atención médica, a continuación se citarán algunas investigaciones que se llevaron a cabo a cerca de la evaluación de la atención médica.

C. ALGUNOS ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE CALIDAD

Gran parte de la literatura sobre la opinión de los clientes acerca de lo que es un buen médico o un buen cliente concierne a la importancia relativa de un tratamiento técnico (atención médica) de la enfermedad comparado con el manejo de la relación entre el paciente y el profesional (Donabedian, 1990, pág. 41)

1. Rose Laub Coser

A principios de los años 1950, Rose Laub Coser, una socióloga, se puso una bata blanca que significa autoridad, y se convirtió en lo que pensó que era un observador neutral, de las salas médicas y quirúrgicas del hospital Mount Hermon en USA, en donde llevaron a cabo unas entrevistas estandarizadas con 51 pacientes y preguntó ¿Qué opinión tiene usted de lo que es un buen médico?, las respuestas dadas por los pacientes fueron clasificadas en dos grupos bastante distintos, "Un poco más de la mitad de los pacientes veían al médico como alguien que les dio bondad, amor y seguridad, habló bonito, se interesa en uno, lo hace sentirse bien, o sabe mucho de todo". (Donabedian, 1990, pág. 44)

Coser (1950) mencionó, que era posible mostrar una división general en dos tipos de personas, aquellos que pensaban que el hospital tenía la tarea técnica bastante limitada de atender la enfermedad, que también definían la bondad del sector en términos técnicos-profesionales, y veían asimismo a los pacientes como bastante autónomos, y los otros pacientes que consideraban al hospital como otro hogar, que definían la bondad del médico en términos de cordialidad, interés personal y cuidado", y que el papel del paciente era aceptar sin discusión los dictados del médico. (Donabedian, 1990, pág. 45)

Los primeros se veían a sí mismos como partícipes del hospital, con derecho a que se les informará acerca de su padecimiento y a intervenir en la toma de decisiones. Estaban satisfechos con los aspectos técnicos de la atención, pero criticaban el modo impersonal y poco comunicativo como estaba dirigido y resentían su propia pasividad como recipiente de la atención. Se quejaban del ambiente, hospitalario, incluyendo su ruido, falta de limpieza y de lo desabrido de la comida, y deseaban regresar al hogar. (Donabedian, 1990, pág. 46)

La segunda categoría, a quienes Shiloh llamaba jerárquicos, se consideraban a sí mismos como un recipiente pasivo y agradecido de la atención. Les impresionaba el aparato técnico del hospital y estaban tan satisfechos con sus amenidades y confort que no tenían prisa en salir, asustados algunas veces porque se les diera de alta demasiado pronto. Además, muchos tenían problemas personales, familiares o económicos que esperaban que el hospital les ayudara a resolver. (Donabedian, 1990, pág. 46)

2. Friedson E.

Por otra parte la conclusión del propio Friedson, basada en entrevistas intensivas con 36 familias y ocho meses de observar a los pacientes y médicos, fue que en realidad, la gente

quería ambas cosas, interés personal y competencia y aunque los dos atributos siendo propiedades distintas, podrían analizarse por separado, los pacientes insistieron en que no podían existir una sin la otra. En un sentido el interés personal daba la seguridad que el médico estaba empleando plenamente su competencia a favor del paciente. (Donabedian, 1990, pág. 47)

Otras exploraciones acerca de lo que la gente incluye bajo los encabezados de "interés personal" y "competencia" demuestran que los clientes, como se esperaba, son partidarios de definiciones muy individualizadas de la calidad de la atención. La reconstrucción de Friedson de lo que los pacientes quieren y valoran en sus médicos es y en la atención que proporcionan surgió principalmente de largas entrevistas en las que la gente habló con libertad acerca de sus experiencias al recibir atención en el plan propagado y fuera de él, incluyendo sus razones para simpatizar e no, con ciertos médicos y para seguir recibiendo atención por parte de uno pero no de otro. (Donabedian, 1990, pág. 48)

Para el paciente, interés personal significa que el médico lo trata como una persona que tiene su propia identidad y lo respeta como tal, mostrando empeño e interés en manejar sus problemas de manera individual. Algunos pacientes aprecian una familiaridad bromista y otros prefieren una reserva respetuosa, pero todos están en contra de un trato mecánico, rutinario e impersonal. (Donabedian, 1990, pág. 48)

Hay demostración de interés personal cuando el médico dedica tiempo al enfermo y es reflexivo y cuidadoso. A la gente le disgusta el médico que es brusco o precipitado que trata al paciente de carrera, o lo hace entrar y salir a toda prisa. (Donabedian, 1990, pág. 48)

La comunicación es importante como una condición del interés personal. El médico debe estar dispuesto a oír y contestar preguntas y dar explicaciones, concediendo a ello todo el

tiempo necesario. Otra es la igualdad de posición. El paciente espera ser tratado con cortesía y respeto, como una persona capaz de hacer elecciones inteligentes siempre que el médico explique las opciones. (Donabedian, 1990, pág. 48)

La gente estudiada por Friedson definió la *calidad* en términos de ciertos comportamientos por parte del médico o atributos de su atención, que a su juicio denotaban interés personal o competencia. Y estos dos rasgos estaban interrelacionados entre sí, ya que eran condiciones necesarias a una aplicación altamente individualizada de los conocimientos médicos al padecimiento de cada paciente, de una manera que tomó en cuenta las necesidades, expectativas y preferencias del enfermo. Esto es obviamente, una definición individualizada de la calidad. Los atributos de la buena atención identificados por Friedson se recogen en varias combinaciones en muchos estudios, pero *su conclusión de que el interés personal y la competencia, son categorías esencialmente iguales e inseparables* no han mermado el interés continuado en separarlas y encontrar cuál es la más importante para que tipo de pacientes.

(Donabedian, 1990, pág. 49)

Otros quizá, con más experiencia en enfermedades y atención médica, reclaman la presencia de preguntas específicas, exámenes o procedimientos en alguna situación. En general un buen médico es activo; interviene aunque sólo sea nombrando la enfermedad y extendiendo una receta, y finalmente, los resultados favorables de su interacción son manifiestos dentro de un lapso que al paciente le parece razonable. (Donabedian, 1990, pág. 49)

Para decir si el médico se ha comportado o no así, el paciente se fija en conductas que combinadas en una forma o en otra, parecen significar competencia a juicio del paciente. Algunos pacientes confiarán principalmente en indicadores que son también una prueba de interés personal: respeto por las habilidades del paciente para dar información, atención, reflexión,

certeza y minuciosidad para obtener la historia médica del paciente y hacer su examen físico. (Donabedian, 1990, pág. 49)

Mientras las actividades de la atención, como las llamó Friedson, están reunidas en otro grupo, las opiniones del paciente sobre los componentes de cada uno de estos dos grupos, cuando se combinaron en dos índices, se asocian de manera significativa con el grado de satisfacción total, pero el grupo que atañe al tratamiento tiene una asociación más fuerte con la satisfacción. Los autores llegaron a la conclusión de que hay muchos datos que demuestran que los pacientes ambulatorios dan mucho mayor peso a la calidad de la atención médica que a las instalaciones y procedimientos, al hacer una estimación de la situación total de la clínica. (Donabedian, 1991, pág. 53)

Alguna información adicional proviene de un estudio sobre los componentes y los factores de la satisfacción en relación con las clínicas, los asientos de estas salas, la comodidad de los baños, el tiempo que tienen que esperar para ver al médico y el tiempo total que estuvieron en la clínica durante la última visita. El segundo grupo se refería a los aspectos terapéuticos de la experiencia en la clínica y comprendía las evaluaciones de los pacientes sobre el médico de la clínica, su interés personal en el enfermo, la asignación de pacientes a los médicos y la calidad de la atención médica y del equipo de la clínica. (Friedson). (Donabedian, 1991, pág. 54)

Friedson resume que se podría decir con certeza que la clientela de las clínicas es capaz de distinguir las actividades, de la atención y de otros componentes más importantes de su calidad como puede ser el empleo de la competencia médica para el servicio de cada paciente, y que de los dos elementos -competencia versus atención personal- considera al segundo más difícil de encontrarse en el ambiente de la clínica. (Donabedian, 1991, pág. 56)

Según Friedson, la competencia y el interés personal son igualmente importantes y constituyen elementos funcionalmente interrelacionados en la buena atención, añadiendo que el énfasis en uno o en otro refleja no tanto una percepción de su relativa importancia, sino el darse cuenta de su mayor vulnerabilidad en cualquier situación dada. Un razonamiento análogo se ha empleado para determinar que categoría y atributos utiliza la gente para juzgar, en general, a los médicos y a los servicios de atención médica. (Donabedian, 1991, pág. 56-57).

3. Cartwright, A.

Cartwright (1967) realizó un estudio utilizando una muestra probabilística de los habitantes de Inglaterra y Gales que fueron entrevistados durante el verano de 1964. Se preguntó ¿Qué cualidades o rasgos aprecia usted en su médico general?, las respuestas fueron: 84% mencionaron algo que apreciaban en la personalidad o modo de ser del médico general; 67% dijeron que algo sobre la manera en que el facultativo atendía al paciente; 14% cualidades que no encajaban exclusivamente dentro de ninguna de las dos categorías previas, y 4% sólo tenían ciertas características o no podían recordar nada en particular que apreciaran en su médico. (Donabedian, 1991, pág. 51).

Se preguntó si había otras cualidades que su médico no tenía. El setenta y cinco por ciento de los entrevistados no se acordaron de nada. Una quinta parte expuso algunas críticas y el resto se mostró dudoso o dijo que no sabía. (Una quinta parte del total) divididos como sigue: 6% dijeron que sus médicos dijeron que estaban sobrecargados de trabajo y tenían demasiados pacientes, 5%, que no siempre escuchaban lo que se les decía, 2% que no entendían las cosas bien; 5% expresaron otras críticas acerca de su modo de ser, y 3% dieron ejemplos específicos de cuidado insatisfactorio. Es evidente que se hace mayor hincapié en los atributos que conciernen al manejo de las relaciones interpersonales y que corresponden a la categoría que Friedson llamó de interés personal. (Donabedian, 1991, pág. 51).

4. Fisher, A. W.

Una interpretación similar puede hacerse de los hallazgos de otra encuesta llevada al cabo en el Hospital de la Universidad de Oklahoma por Fisher (1971), en este estudio, se dio a los pacientes una lista de 15 atributos de la clínica y se les pidió que dijeran cuál de esos atributos era más importante o agradable para cualquier buena clínica. Se consideraron como los más importantes: los médicos buenos, el personal bien preparado, recibir información por parte de los médicos, así como el interés personal en el paciente, un personal amable y privacía al discurrir la enfermedad. Aquí también, no puede suponerse que un buen médico necesariamente significa competencia técnica, porque cuando se pidió a los pacientes que describieran a un buen médico mencionaron interés por el paciente (personalidad), capacitado y concienzudo, y que le explique a uno las cosas. (Donabedian, 1991, pág. 56-57)

Los investigadores que han elaborado estudios empíricos sobre el significado de la calidad, por lo general han enfocado el tema de manera indirecta, preguntando acerca de los atributos deseables de los médicos o de las clínicas, o identificando aquellos atributos que se correlacionan con la satisfacción o insatisfacción expresada por estos proveedores de servicios. A través de estos medios indirectos, parece obtenerse respuestas igualmente indirectas, que varían de acuerdo con el papel del encuestado. Los administradores tienden a hablar acerca de la manera como está montada y dirigida una clínica. Los médicos describen los elementos de la atención poniendo generalmente énfasis en sus componentes técnicos. Los pacientes describen las "amenidades" ambiente físico de una clínica y la forma como se comportan los médicos al interactuar con ellos. (Donabedian, 1991, pág. 86)

Donabedian afirma que en casi todos los estudios revisados, la calidad se define no en términos de las consecuencias de la atención sino en términos de los atributos de los proveedores y su comportamiento. En estudios acerca de las cualidades que, según los clientes, hacen que un médico o una clínica sean buenos, es posible distinguir tres amplias categorías de

atributos pertenecientes respectivamente, a las amenidades de los lugares en que se imparte la atención, a los aspectos de la interacción personal con los profesionales y la competencia técnica. Existen pruebas de que algunas personas ponen mayor énfasis en los elementos afectivos del proceso interpersonal, mientras que otras dan más importancia a los elementos técnicos de la atención. Donabedian cree que Freudson está más cerca de la realidad, ya que se ha encontrado que la mayoría de la gente quiere a la vez interés personal y competencia. De hecho, esta es la razón para creer que estos atributos funcionalmente relacionados, son una pareja inseparable y que el interés personal asegura que la competencia de un médico será empleada en beneficio del paciente. (Donabedian, 1991, pág. 87)

A pesar del enlace funcional entre interés personal y competencia, sí existe variación en la importancia relativa que la gente da a uno de los dos atributos sobre el otro. El énfasis mayor que algunos de los estudios revisados dan a los aspectos del manejo interpersonal sugiere que mucha gente supone que hay una variación menor en la calidad técnica de la atención y una variabilidad mayor en los atributos que denotan interés personal, no obstante se tiene que estar preparado a encontrar que hay algunas personas para quienes el interés personal en sí es causa de mayor gratificación que lo habitual. (Donabedian, 1991, pág. 87-88)

La comparación entre los puntos de vista de los pacientes y de los profesionales sugiere que hay mucha similitud entre los dos. Los pacientes es cierto, dan relevantemente más importancia a los aspectos de relación interpersonal y un valor evidentemente mayor a las amenidades de la atención que la que les dan los profesionales. Los médicos parecen tener en mente una jerarquía más claramente ordeuada y que se ajusta con mas precisión a la naturaleza del problema médico del paciente. Esto significa que, paradójicamente, en ciertas situaciones los médicos pondrán menos énfasis en la atención técnica y más en el interés personal de lo que haría el paciente. Al mismo tiempo se pueden encontrar discrepancias importantes entre lo que los pacientes quieren y lo que los médicos creen que los pacientes desean. Esto

significa que pueden surgir problemas, en parte porque el médico percibe mal lo que los pacientes quieren y por que no pueden o no están dispuestos a acceder a lo que ellos correctamente perciben que los pacientes prefieren. (Dinabedim, 1991, pág. 88-89.)

5. Enrique Ruelas Barajas

Enrique Ruelas Barajas (1991), presenta una investigación llamada "Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles de óptimos en la calidad de la atención médica" en la Revista de Salud Pública, donde la Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica (UGC) es uno de los programas extramuros del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), que fue creado en 1989 por acuerdo de la Junta de Gobierno del INSP para coordinar los esfuerzos del propio Instituto en el ramo, desarrollar el conocimiento en materia de garantía de calidad y fomentar su aplicación en los servicios de salud. La misión que tiene la UGC es fomentar una cultura por la calidad y concientizar al personal de salud sobre la contribución que tiene esta calidad en la prestación de un servicio, a fin de que ésta participe en forma decidida, entusiasta y eficaz para el logro de los objetivos y metas institucionales. Las áreas sustantivas que desarrolla la UGC para lograr sus objetivos son cuatro: enseñanza, investigación, asesoría e información. (Ruelas, 1991, pág. 225)

Sus áreas metodológicas son la monitoria, la evaluación, el diseño, el desarrollo y el cambio organizacional; por último sus áreas de influencia, son los tres niveles de atención médica. Su organización incluye un Consejo Directivo, un Comité Ejecutivo, una Coordinación General y cuatro programas que corresponden a las áreas sustantivas: enseñanza, investigación, asesoría e información. La universalización de la calidad a todas las funciones de los servicios de salud es una tarea prioritaria de la UGC para favorecer de manera significativa, el progreso de los servicios de salud en México y en la medida de lo posible, en Latinoamérica. (Ruelas, 1991 Rev. Salud Pública, pág. 225)

El INPer también realizó un estudio de calidad llamado Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología, este artículo se encontró de igual forma en la Revista de salud Pública, Vol. 32, y fue escrito por Enrique Ruelas Barajas.

El presente artículo muestra la metodología de implantación de un programa de garantía de calidad de la atención médica mediante círculos de calidad en el INPer, entre sus resultados destacan: efectos en la estructura organizacional, en la optimización de recursos, en el propio proceso de la atención, en la satisfacción de los pacientes, en el aprendizaje implicado en la adaptación de esta tecnología al ámbito hospitalario y a las características de una cultura diferente de la cual surgió esta tecnología. El proyecto, concebido como investigación-acción, fue asesorado por el Centro de Investigaciones en Salud Pública, y fue creado con el propósito de asegurar que las condiciones organizacionales bajo las cuales se proporciona la atención médica fuesen aquellas que permitieran elevar la calidad tanto en la dimensión interpersonal como en la técnica, mediante la participación del personal directamente responsable de la prestación de los servicios. (Ruelas, 1991, pag. 207)

Ello condujo a la utilización de los círculos de calidad como técnica participativa de control de calidad y como eje de un programa de garantía de calidad de la atención médica. Pudieron identificarse siete etapas en la implementación del programa de garantía de calidad mediante la utilización de círculos de calidad:

- 1) Elaboración del documento propositivo y protocolo de trabajo
- 2) Negociación
- 3) Diseño de una guía para la elaboración de un manual de garantía de calidad
- 4) Selección del punto de inicio

- 5) Elaboración de manual de garantía de calidad por servicios
- 6) Operacionalización de los círculos de calidad
- 7) Evaluación del programa. (Ruelas, 1991, pág. 208)

Esta experiencia ha demostrado la factibilidad de utilizar los círculos de calidad como componentes fundamentales de un programa de garantía de calidad de la atención médica y permite asegurar, en general, que es posible utilizar esta tecnología en los servicios de salud.

(Ruelas, 1991, pág. 208)

Con objeto de establecer un documento que constituyera el eje del programa de garantía de calidad, se diseñó una guía que a manera de cuestionario fuese llevando de la mano a los participantes de los diferentes servicios en la elaboración de su manual de garantía de calidad. (Ruelas, 1991, pág. 211)

La primera guía elaborada incluyó preguntas que permitieron definir los objetivos del servicio y las actividades más importantes, para lograrlo, arbitrariamente se estableció un tope de diez actividades con objeto de que los participantes hicieran el esfuerzo de definir aquellas actividades que, de no realizarse adecuadamente, pondrían en riesgo el tratamiento o la vida de los pacientes, los estándares que definirían el grado en el que las actividades debiesen ser realizadas con objeto de asegurar que se llevarán al cabo de la manera más adecuada, las responsabilidades que cada miembro del servicio debían tener, para garantizar el cumplimiento de los estándares y los recursos mínimos indispensables para cumplir los estándares.

(Ruelas, 1991, pág. 211)

6. Lourdes Campero Cuenca

Lourdes Campero Cuenca (1991) realizó el estudio: *Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México*. En ella se buscó conocer la calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa en diferentes centros de salud (A,B,C) dependientes de la Secretaría de Salud (SSA) en el estado de Oaxaca, México. (Campero, 1991, pág. 192)

En teoría la consulta externa constituye un ámbito para la transmisión educativa, en la que la interrelación médico-paciente debe redundar en un incremento de los conocimientos que tiene el paciente sobre su cuerpo y su salud a partir de la ayuda del médico, quien no sólo busca diagnosticar problemas de salud y curarlos, sino también coadyuvar a la educación del paciente. Se pretende contribuir a la reflexión de la calidad y naturaleza de ese proceso educativo, para lo que se establecen dos niveles de análisis: un primer nivel teórico que alude a los aspectos principales de la evolución histórica de la medicina, tanto en lo que se refiere a la formación de los recursos humanos (médicos), como a la institucionalización de su práctica, así como un segundo nivel empírico, que busca caracterizar mediante indicadores previamente determinados y bajo la implementación de la técnica estudio de sombra (observación directa), las seis tareas que estructuran la relación médico-paciente en consulta externa (identificación, historia clínica, exploración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento). (Campero, 1991, pág. 192)

La investigación se llevó al cabo con una muestra de 168 pacientes y 17 médicos. A través de los análisis de los resultados, se concluyó que en la mayoría de los casos no existe una relación médico-paciente, sino que solo es posible hablar de una relación médico-problema, en la cual no se establece un espacio en donde cobre lugar la educación para la salud de calidad, orientada a formar individuos corresponsables de su proceso salud-enfermedad. (Campero, 1991, pág. 193)

Para cumplir con el objetivo de la investigación se realizó un estudio de sombra con el apoyo de una guía de observación, que permitió registrar en forma sistemática todo lo ocurrido en la consulta desde el momento en que el paciente entraba hasta que salía de ella. La guía de observación permitió recabar información sistemática en torno a las seis tareas básicas que deben estar presentes en la consulta externa nombradas anteriormente. (Campero Cuenca Lourdes, 1991, pág. 195)

Es de suma importancia citar aquí algunos de los reactivos que utilizó Campero en su investigación, ya que fueron retomados para realizar el instrumento de esta investigación. Campero caracterizó a los pacientes por sexo y edad, por motivo de consulta, grado de escolaridad, tipo de interrogatorio entre médico y paciente, indagación de los antecedentes clínicos-generales por tipo de consulta, el tipo de indagación entre médico y paciente por espontaneidad de éste durante el interrogatorio, sondeo del médico al paciente de que se llevará al cabo la exploración y de cómo colocarse, información del médico al paciente del resultado de la exploración y formulación de preguntas por parte del paciente, forma en que el médico da el diagnóstico al paciente, canal de comunicación que el médico utiliza para dar la prescripción. (Campero Cuenca Lourdes, 1991, pág. 196-202)

D. ELEMENTOS QUE INTERACCIONAN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA PACIENTE CON SU MÉDICO

Comunicación entre pacientes y médicos.

Peter M. Pritchard (1982), Manual de Atención Básica: su naturaleza y organización, serie Manuales básicos y estudios, afirma que los pacientes y los médicos tienen que comunicarse

entre sí en una área que frecuentemente está saturada de ansiedad. La extracción de los médicos generales es en su mayoría de una determinada clase social, con una selección predispuesta en favor de aquéllos que tienen un antecedente médico (Manual, 1982, pág. 3-85) La selección reducida, la educación enclaustrada y la sensación de estar dedicado a una profesión exclusiva, no son un buen principio en lo que se refiere a la comunicación. A diferencia de los agentes de ventas los médicos reciben poco entrenamiento en cuanto a la comunicación. Para empeorar las cosas, los cirujanos rara vez tienen que comportarse como pacientes, por lo que cuentan con escasa experiencia directa de lo que significa ser enfermo. (Manual, 1982, pág. 3-85)

Los pacientes por el contrario, es probable que sean de una clase social diferente (inferior) a la del médico, y que tengan grandes diferencias de lenguaje, cultura e inteligencia, lo cual da como resultado que se les dificulte comunicarse con él. Las barreras en el idioma pueden hacer imposible la atención médica, las diferencias de religión, cultura y extracción social pueden producir trastornos entre el paciente y el médico, las diferencias sociales son las más difíciles de salvar. Por ejemplo los pacientes de la clase trabajadora a menudo ven al médico como frío o lejano puesto que es parco en su habla y en su gesticulación y porque utiliza además palabras que no pueden comprender. (Manual, 1982, pág. 3-85)

A su vez, el médico tiene el privilegio de que se le puede tratar como un amigo en quien se confía, cosa que no sucede con ningún otro miembro de su clase social, esto le puede brindar la oportunidad de conocer íntimamente los problemas de una clase social que está vedada para muchos, uno de estos conocimientos es la ley de las opciones descendentes, a medida que un individuo se encuentra más abajo en la escala social, económica e intelectual, menores oportunidades estarán a su disposición, esta situación ha llegado al punto en que alguien de hasta el fondo del montón, incluso todavía, parece tener su contra la ley de la gravedad. (Manual, 1982, pág. 3-85)

Se espera que el médico y otros miembros del equipo de atención brinden asesoría técnica y ayuda a quienes la necesitan o la piden, y esta asesoría sólo podrá ser práctica si existe un conocimiento previo de la variedad de opciones abiertas para el individuo o familia interesada. Esto hace que la prestación del servicio de atención médica sea mucho más difícil para aquellos que tienen serios problemas intelectuales, de personalidad, sociales o económicos.

(Manual, 1982, pág. 3-85)

Se requiere un conocimiento extra para auxiliar a los gravemente impedidos o desprovistos, es fácil catalogar a quienes muestran un funcionamiento social inadecuado como familia problema, casos sin remedio, es difícil aún descubrir un término descriptivo que no sea peyorativo. Cuando se conoce a una ama de casa cuyo sistema de planeación es reducido, que tiene que hacer compras tres veces al día, es probable que no sea capaz de manejar un sistema de citas, o que recuerde dar al bebé su medicina cuatro veces al día o que se presente para la vacunación. (Manual, 1982, pág. 3-85)

E. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

1. Manuel Ruiz de Chávez

Manuel Ruiz de Chávez, en la Revista de Salud Pública, (1990) reporta una metodología para evaluar la calidad de los servicios que otorgan las instituciones de salud, apoyada en los procedimientos realizados así como en la experiencias del sector. La metodología fue propuesta por el Grupo Básico de Evaluación, cuyo objetivo fue: Integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica, así como facilitar la identificación de los problemas en la prestación de los servicios y la elaboración de alternativas de solución, que contribuyen de esta manera a lograr una adecuada atención con mayor calidad y eficiencia en beneficio de los pacientes usuarios. (Ruiz de Chávez, 1990, México, pág. 156-157)

El Grupo Básico Interinstitucional, definió la EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA como: el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes, asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio, mediante una organización institucional establecida. (Ruiz de Chávez, 1990, pág. 158)

La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución, también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal. el sistema de evaluación aplicado por el Grupo Base, contiene en su estructura formatos que permitieron la recopilación de la información en los rubros antes señalados, mismos que posteriormente deben de ser analizados con base en la comparación de la normatividad específica para cada una de las unidades, dependiendo del tipo y complejidad de la unidad así como del perfil epidemiológico de su área de responsabilidad y de la normatividad para el tratamiento y manejo adecuado de los usuarios, a través del diagnóstico preciso de la patología. (Ruiz de Chávez, 1990, pág. 158-159)

Por tanto el sistema de evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas del sector salud, propuesto por el Grupo Base se conformó con tres apartados:

Primer apartado. Información básica.

Datos generales

- 1. Identificación y ubicación de la unidad o servicios**
- 2. Identificación, nombramiento, ubicación y teléfono de los de gobierno de la unidad.**

Regionalización

- 1. Área de influencia**
- 2. Población amparada**
- 3. Unidades que le derivan pacientes**
- 4. Unidades a las que derivan pacientes.**

Recursos

1. Financieros

- 1.1 Planta física**
- 1.2 Instalaciones**
- 1.3 Equipo**
- 1.4 Instrumental**
- 1.5 Conservación y mantenimiento**
- 1.6 Material de consumo**

2. Recursos humanos

- 2.1 Plazas totales**
- 2.2 Plazas por área de servicio**
- 2.3 Cobertura**
- 2.4 Ausentismo y substituciones.**

Productividad

- 1. Consulta externa**
- 2. Hospitalización**
- 3. Asistencia materna y del recién nacido**
- 4. laboratorio clínico**

5. Radio diagnóstico
6. Gabinetes especiales
7. Anatomía Patológica
8. fisioterapia
9. Radioterapia
10. Banco de sangre
11. Morbimortalidad
 - 11.1 Principales diagnósticos de atención en consulta externa
 - 11.2 Principales diagnósticos de egreso
 - 11.3 Intervenciones quirúrgicas más frecuentes
 - 11.4 Principales diagnósticos de difusión.

Áreas administrativas que afectan la atención médica.

1. Abastecimiento
2. Cobertura de plazas
3. mantenimiento
4. Intendencia y camillería
5. Servicio de ambulancia
6. Vigilancia
7. Relaciones sindicales
8. Costos de operación presupuestal.

Segundo apartado. Evaluación de la calidad de la atención

Análisis de la suficiencia de los recursos

1. Disponibilidad y adecuación de los recursos fiscales
2. Suficiencia y capacitación de los recursos humanos

3. Suficiencia y calidad de los materiales de consumo.

Organización de los servicios

- 1. Disponibilidad, difusión y conocimiento de normas y programas**
- 2. Manual de organización de la unidad o servicio**
- 3. Programa de trabajo de la unidad**
- 4. Manual de procedimientos específicos**
- 5. Participación del cuerpo de gobierno o jefe del servicio**
- 6. Disponibilidad de diagnóstico situacional actualizado**
- 7. Evaluación y supervisión formal por el cuerpo de gobierno y jefes de servicios**
- 8. Identificación de problemas y ejecución y seguimiento de los programas para su solución**
- 9. Coordinación adecuada entre las áreas que participan en la atención de los pacientes.**

Proceso de la atención

1. Oportunidad

- 1.1 Accesibilidad de los servicios**
- 1.2 Deferimiento para el otorgamiento de citas para consulta**
- 1.3 Tiempo de espera para recibir atención**

2. Evaluación inicial e integral del caso

- 2.1 Ejecución de acciones y procedimientos médicos que se requieren de inmediato**
- 2.2 Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudios y tratamiento**
- 2.3 Información oportuna a pacientes y/o familiares, del diagnóstico presuncional, programas de estudio y tratamiento, así como pronóstico probable**
- 2.4 Elaboración de registros médicos y paramédicos, conforme a las normas vigentes**
- 2.5 Establecimiento oportuno del diagnóstico y terapéutica**
- 2.6 Vigilancia estrecha de la evolución**

2.7 Prevención, detección oportuna y/o atención correcta de las posibles complicaciones

2.8 Prevención de secuelas y en caso necesario rehabilitación de las mismas.

Cumplimiento de normas y programas vigentes

- 1. Nutrición infantil**
- 2. Rehidratación oral**
- 3. Alimentación del seno materno**
- 4. Inmunizaciones**
- 5. Diagnóstico oportuno de enfermedades.**

Resultados de la atención

- 1. Solución del problema que motiva a la atención**
- 2. Oportunidad de la solución del problema**
- 3. Condiciones del paciente al egreso**
- 4. Ausencia de complicaciones**
- 5. Programa de rehabilitación.**

Enseñanza e investigación

- 1. Enseñanza**
 - 1.1 Cursos de pregrado**
 - 1.2 Cursos de Posgrado**
 - 1.3 Enseñanza médica continua**
 - 1.4 Capacitación para el trabajo**

2. Investigación

2.1 Trabajo de investigación incluidos

2.2 Publicaciones

2.3 Aportaciones para la calidad de la atención o la eficiencia de los servicios.

Satisfacción del Derechohabiente

1. Encuestas de opinión del derechohabiente por los servicios recibidos

2. Análisis y evaluación de quejas.

Evaluación de la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores.

1. Encuestas

2. Ausentismos

3. Utilización óptima de jornada

4. Ausencia de conflictos laborales

5. Aportaciones para mejorar los servicios

6. Identificación de personal con los objetivos de la institución. (Ruiz de Chávez, 1990, pág. 163-165)

Tercer apartado

Para la implementación del tercer apartado, se retomaron los trabajos de Ruiz de Chávez (1983) y de la Subdirección Normativa de la Subdirección General Médica del ISSSTE (1985). (Ruiz de Chávez, 1990, pág. 163-165)

Ruiz de Chávez propuso una escala que pretendió conjuntar varios criterios sobre algunos juicios de valor utilizados en la calidad de la atención. El objetivo principal de esta escala fue, determinar criterios absolutos de evaluación que ordenados en una escala lógica permitieran establecer juicios de valor útiles para incrementar el grado de *calidad* de un concepto. Así se consideraron en primera instancia los conceptos de:

- **suficiente:** Cuando las acciones realizadas y los recursos disponibles condujeron a resultados que permitieron el cumplimiento del objetivo propuesto para la atención del paciente.
- **insuficiente:** cuando los resultados obtenidos no permitieron alcanzar el logro del objetivo de atención propuesto.
- **excelente:** Cuando a través de las acciones realizadas y utilización de los recursos disponibles se obtuvieron resultados óptimos en la evaluación del concepto.
- **no realizados:** No se obtuvieron resultados debido a la omisión de acciones que requiriéndose, no se llevaron a cabo.
- **inadecuado:** Los resultados en la evaluación del concepto son negativos con base en que se llevaron a cabo actividades incorrectas o no necesarias, ocasionando deterioro en la calidad de la atención o mal uso de los recursos.
- **no evaluable:** Aplicable a conceptos del sistema de evaluación, que no son factibles de calificar en un servicio determinado. (Ruiz de Chávez, 1990, pág. 163-165)

El número de parámetros calificados en cada columna excelente, suficiente, insuficiente, etc., sumados y relacionados porcentualmente el total de parámetros calificados, nos dio una cifra numérica, susceptible de control en cuanto al grado de mejoría o deterioro de la calidad de la atención. (Ruiz de Chávez, 1990, pág. 163-165)

En 1985, la Subdirección Normativa de la Subdirección General Médica del ISSSTE en su cédula de evaluación médica, propone en una calificación en 4 rubros.

MB Muy Bien (90-100)

B Bien (75-89)

R Regular (60-74)

M Mal (Menos de 60)

NE No evaluable (Cuando el rubro no sea relativo o correspondiente a la unidad, servicio, departamento etc.) (Ruiz de Chávez, 1990, pág. 163-165).

2. Héctor Aguirre-Gas

Se encontró en el artículo de Héctor Aguirre-Gas, M. C. (1990) llamado "Evaluación de la atención médica, expectativa de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas", que la evaluación de la atención médica presenta retos significativos como el correspondiente a establecer juicios de valor para aspectos de la calidad eminentemente subjetiva, definiendo los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación. (Aguirre Héctor, 1990, pág. 170-171)

En este estudio se presentó un modelo metodológico que permitió la evaluación de los aspectos relativos a la calidad, la organización de los servicios, el proceso y los resultados de la atención y las relaciones humanas en su otorgamiento, a través del logro de las expectativas del sujeto de la atención, (el paciente), de la institución que presta los servicios y del prestador de servicios (el trabajador). (Aguirre, 1990 México pág. 171)

La definición de evaluación que utilizó Aguirre en su investigación fue “establecer un juicio de valor en relación con un marco de referencia previamente determinado”. (Aguirre H&A, 1990, pág. 173)

Para el sistema de evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas del sector salud, se propuso llevar un proceso de la atención, que atendiera o contemplara los siguientes puntos:

- 1) Oportunidad
- 2) Accesibilidad de los servicios
- 3) Deferimento para el otorgamiento de citas para consulta externa
- 4) Hospitalización y cirugía
- 5) Tiempo de espera para recibir atención en urgencias
- 6) Consulta externa y administración hospitalaria
- 7) Proceso de la atención
- 8) Evaluación integral e inicial del caso
- 9) Ejecución de acciones y procedimientos médicos que requiere de inmediato
- 10) Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudios y tratamiento
- 11) Información oportuna al paciente y familiar del diagnóstico
- 12) Detección, prevención y control de infección hospitalaria
- 13) Comité de mortalidad
- 14) Comité de tejido
- 15) Comité de investigación

16) Continuidad de la atención

17) Coordinación y comunicación entre las áreas de servicio

18) Los niveles de atención y los hospitales entre sí. (Aguirre, 1990, pág. 166)

Dependiendo del concepto de que se trate, se asignan a estos rubros diferentes valores numéricos absolutos o porcentuales, congruentes con los rangos de evaluación de ese concepto. (Aguirre Héctor, 1990, pág. 170)

Para evaluar la atención médica también se llevó a cabo una encuesta, en la cual se presentaron preguntas destinadas a explorar la opinión sobre los siguientes aspectos:

1) Consulta externa

2) Hospitalización

3) Evaluación de la satisfacción del personal en el desempeño de sus labores.

Cada una de las anteriores está integrada por las siguientes preguntas: Consulta externa 6 preguntas, hospitalización 12 y satisfacción 16, todas ellas encaminadas a la atención, orientación, utilización de los servicios, relación médico-paciente, información médica, cumplimiento de las citas en consulta, oportunidad, trato cortés y calidad de los alimentos. (Aguirre, 1990, pág. 171)

Aguirre concluyó, que la evaluación sistemática de la satisfacción de derechohabientes y trabajadores, aportaron un elemento de juicio excelente para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que redundan en la calidad y eficiencia de la actividad médica y en la prevención de conflictos laborales. (Aguirre, 1990, pág. 178)

3. Avédís Donabedian

Donabedian (1991), refiere que al aseverar que la calidad de la atención médica es un atributo en el que se debe tener un grado mayor o menor, implica que el objeto primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. A las que denominó proceso de la atención.

Un juicio acerca de la calidad de dicho proceso puede hacerse ya sea por medio de la observación directa o a través de la revisión de información registrada, que permite una reconstrucción más o menos precisa de cómo están las cosas. Pero, aunque el "proceso" es el objeto primario de la evaluación, la base para el juicio de la calidad es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica, sus consecuencias para la salud, el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar. (Donabedian, 1991, pág. 95-96)

Por lo que respecta al tratamiento técnico, la relación entre las características del proceso de la atención y sus consecuencias está determinada, en abstracto, por el estado de la ciencia y la tecnología médica en cualquier momento dado. (Donabedian, 1991, pág. 96)

Otra serie de normas rige el manejo del proceso interpersonal. Las cuales surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas, en general, entre los profesionales de la salud y sus pacientes, en particular. Por su propia naturaleza se consideran buenas en sí mismas, pero pueden también verse, en su conjunto, como contribuyentes al bienestar individual y colectivo. (Donabedian, 1991, pág. 96)

De esto se desprende por lo tanto, que la calidad del proceso de la atención este definida, en primer lugar, como comportamiento normativo. Las normas derivan ya sea de la ciencia de la medicina o de la ética y valores de la sociedad. En lo que concierne a los valores y ética social, sin embargo, es importante recordar que las normas pueden ser válidas independientes de su contribución al logro de resultados más obvios de la atención. La definición de la calidad como conducta normativa congenia con las profesiones de la salud, ya que está establecida por la tradición y casi consagrada por el uso (Donabedian, 1991, pág. 96-97)

Donabedian menciona que el camino más directo para una evaluación de la atención médica es un examen de dicha atención. Y considera que hay otros dos enfoques importantes, aunque menos directos, para la evaluación:

- a) La evaluación de la estructura
- b) La evaluación del resultado. (Donabedian, 1991, pág. 98)

a. LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA

Entiende por estructura, las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. El concepto de estructura incluye los recursos humanos, físicos que se necesitan para proporcionar atención médica. El término abarca el número, distribución y calificaciones del personal profesional, así como el número tamaño, equipo y distribución geográfica de los hospitales y otras instalaciones, también la manera como los médicos llevan a cabo su trabajo, en la práctica individual o en grupos, manera como son redistribuidos y la presencia o ausencia de un esfuerzo de revisión de la calidad, así como sus características, con todo detalle. (Donabedian, 1991, pág. 98)

Finalmente el autor concluye que cree que una buena estructura implica la suficiencia de recursos y un sistema de diseño apropiado, y esto es probablemente el medio más importante de proteger y promover la calidad de la atención (Donabedian, 1991, pág. 99)

6. LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El estudio de los resultados es otro de los enfoques indirectos que, como se ha dicho, pueden emplearse para evaluar la calidad de la atención. Donabedian emplea el término resultado para significar un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica. Parece paradójico definir la calidad de la atención en términos de cambio en el estado de salud y, sin embargo, considerar estos como una medida indirecta de la calidad de la atención, más que como la medida más directa de todas. Al hablar de ella, nos estamos ocupando de los atributos más inmediatamente discernibles de la atención, los cuales pueden verse claramente como conducta normativa (Donabedian, 1991, pág. 100)

4. LANE Y KELMAN. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA.

Finalmente se revisaron los aportes de Lane y Kelman (1975) por ser un estudio de la evaluación de la calidad de la atención materna, su aporte fue presentado a parte de un instrumento denominado: "Clasificación y enumeración de información (obtenidas de fuentes específicas) para ser usada en la evaluación de la calidad de la atención materna". (Donabedian, 1991, pág. 174-186)

El instrumento se encontró dividido en nueve capítulos y son los siguientes:

1) Prevención

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

En este apartado se encontraron reactivos referentes a: la obtención de antecedentes de embarazo, obtención del historial clínico del embarazo actual, examen físico general, examen pélvico y evaluación del estado del embarazo actual, urinálisis, prueba estándar para la sífilis, tipificación de grupos sanguíneos, instrucción prenatal, monitoria del peso corporal, monitoria de la presión sanguínea, registro del tamaño uterino, registro de fecha de los primeros movimientos fetales sentidos por la madre, embarazo planeado no planeado, mes del embarazo en que se inició la atención perinatal, consejos para la gestación y trabajo de parto, información y análisis de los resultados, número de consultas perinatales entre otras. (Donabedian, 1991, pág. 174-175)

2) Disminución al mínimo de consecuencias adversas

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

En el segundo apartado se encontraron reactivos referentes a: la identificación de malnutrición, identificación de aumento excesivo o insuficiente de peso, identificación de hallazgos físicos anormales, monitoria de la glucosa y proteína, monitoria de presión sanguínea, identificación de paciente anémica, identificación de paciente con infección en el aparato urinario, identificación de otras complicaciones del embarazo actual, canalización a otros servicios, recomendaciones acerca de hábitos, hospitalización durante el embarazo actual, identificación de frotis de papanicolaou anormal. (Donabedian, 1991, pág. 176-177)

3) Mantenimiento de la salud

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

En este apartado se encontraron reactivos tales como: **Identificación de la paciente que se embaraza a intervalos cortos, evaluación del estado de salud y nutricional anterior al embarazo, registro de altura, peso y régimen dietético, tratamiento de náuseas, vómito y otros síntomas de embarazo, consejo acerca de las actividades diarias durante el embarazo, consejos acerca de preparativos para el bebé.** (Dinabedian, 1991, pág. 179)

4) Rehabilitación

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

La **Rehabilitación** la definen como: **una extensión de la minimización de consecuencias adversas; estos indicadores se dirigen más específicamente a la identificación y tratamiento definitivo de factores adversos, múltiples y graves, a menudo de larga duración, incluyendo los del área socioambiental.**

Encontrándose reactivos referentes a: **la identificación de factores sociodemográficos que indiquen embarazo de alto riesgo: madre soltera, embarazo adolescente, multipara, primigesta añosa, identificación de madre o padre adicto a droga entre otros no menos importantes.** (Dinabedian, 1991, pág. 180)

5) Accesibilidad

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

En este quinto apartado se encontraron reactivos referentes a: **horarios en que opera el programa, facilidades de transporte, tiempo de viaje, ubicación conveniente, método**

de pago, conformar si la madre comprende las preguntas con respecto a; **maternidad, cuidado del bebé, razón para escoger la fuente de atención perinatal.** (Dombedian, 1991, pág. 181)

6) Disponibilidad.

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

7) Adecuación.

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

8) Interés por el paciente.

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

En el apartado ocho se encontraron reactivos referentes al sistema de citas, seguimiento de citas incumplidas, razones de no acudir a las citas, tiempo de espera, atención después de la hora, ambiente físico, privacidad, dignidad de la atención, percepción de la atención personalizada.

9) Efectividad

- a. Perinatal
- b. Trabajo de parto
- c. Postparto

En este apartado se localizaron reactivos referentes a: embarazo planeado o no planeado, razón inicial para buscar atención, momento en que se inicio la atención perinatal, número de consultas perinatales, satisfacción con: ambiente, cantidad de la información, atención recibida etc. (Diabetes. 1991, pág. 184-185)

F. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Una vez realizada la revisión de conceptos básicos, y de algunos aspectos de la atención médica, ciertos estudios sobre la calidad, los elementos que intervienen en la calidad de la atención médica, lo que es la evaluación de la calidad, a continuación se hará referencia a los aspectos elementales de las Institución en la cual se realizó el estudio ubicando de manera particular a la profesión de Trabajo Social que es en donde se efectuó la práctica institucional.

1. Ubicación.

El Instituto Nacional de Perinatología *INPer*, se encuentra ubicado al poniente de la ciudad de México D.F. en Montes Urales núm. 800 Col. Lomas de Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11000. Está conformado por una estructura que se adaptó a sus demandas: cuenta con cinco edificios el edificio A Consulta externa; edificio B Hospitalización, edificio C Auditorio y oficinas de Gobierno, edificio D Servicios Generales, Talleres de Conservación, mantenimiento y guardería y la Torre de Investigación (Memoria, 1983-1988 pág. 72)

Las autoridades Gubernamentales del país han designado al *INPer*. como un Centro de Tercer Nivel (en el cual se atienden casos que requieren de atención especial) por lo que en su esquema de asistencia médica integral hace eco a los propósitos del Plan Nacional de Desa-

rrollo en materia de salud y a los objetivos del Plan Nacional de Salud, a través de apoyo asistencial en el área de la Reproducción, Crecimiento y Desarrollo Humano. (Memoria, 1983-88, pág. 72)

2. Antecedentes de la Institución.

El antecedente más antiguo del Instituto se remonta al año 1921, durante el periodo presidencial del general Alvaro Obregón, cuando se edifica con carácter de beneficencia privada la maternidad Casa del Periodista, ocho años después, el 4 de mayo de 1929, durante el ejercicio del señor Presidente Pascual Ortiz Rubio, cambió su línea de dependencia al comité nacional de protección a la infancia y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937, el señor Presidente Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública que absorbe todos los establecimientos con funciones en la materia. Durante la gestión del señor Presidente Luis Echeverría Álvarez, en 1976, se expropió el predio ocupado por la hasta entonces conocida como Maternidad Isidro Espinosa de los Reyes, dependiente de la Secretaría de Salud y Asistencia, para formar parte del Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) (Memoria, 1988, pág. 3)

Por considerar que esta institución y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia compartían los mismos objetivos y programas comunes, se fusionan, por decreto presidencial del 10 de enero de 1977, con lo que se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el ya entonces Instituto Nacional de Perinatología inaugurado el 8 de diciembre de 1977, bajo la dirección del Dr. Eduardo Jurado García pasa a formar parte de esa dependencia. (Memoria, 1988, pág. 3)

Durante la administración del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, y bajo la Dirección del Dr. Samuel Karchmer K., se dispone que se desligue del Sistema Nacional para el Desa-

rrollo Integral de la familia (DIF), el Instituto Nacional de Perinatología y con fecha 19 de abril de 1983, se da a conocer en el Distrito Federal, que con base en la Fracción del Art. 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en el artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal se procede a la descentralización del Instituto en un decreto, que es abrogado el 2 de agosto de 1988 emitiendo uno nuevo. (Memoria, 1988, pág. 15.)

3. Organización

A partir de la **Organización del Instituto Nacional de Perinatología**, se desprende la necesidad de contar con tres ámbitos de acción, donde se llevan a cabo funciones sustantivas:

- 1) Asistencia médica
- 2) Enseñanza
- 3) Investigación. (Memoria, 1983-1988 pág. 72)

Para el desempeño óptimo de dichas funciones se requiere apoyo administrativo, organizacional, jurídico y control interno. Por ello la estructura orgánica del Instituto es la expresión formal donde se plasman los niveles jerárquicos y la división funcional así como los elementos de coordinación y comunicación. INPer. (Memoria, 1983-1988 pág. 72)

4. Estructura

El Instituto Nacional de Perinatología está estructurado de la siguiente manera (ver organigrama apéndice N° 1), en donde como cabecera está la Junta Directiva, posteriormente se encuentra la Junta General, la cual está dividida en 5 Subdirecciones. Cada una de estas Subdirecciones está formada por Divisiones y Departamentos. (las anterior han cambiado a direcciones y subdirecciones desde 1995) (Memoria. 1983-1988 pág. 72)

La Subdirección General Médica, esta dividida en: División de Gineco-Obstetricia, División de Pediatría, División de Auxiliares de Diagnóstico y la División de Servicios Especiales de la cual se desprenden: Psicología, Medicina Preventiva, Planificación Familiar y Trabajo Social. (Ver organigrama apéndice No. 1). (Memoria, 1983-1988 pág. 72)

5. Objetivos

- 1) Propiciar atención médica a mujeres con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.
- 2) Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas y vinculadas a la perinatología.
- 3) Impartir docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la perinatología
- 4) Difundir conocimientos en el área de perinatología, actuar como órgano de consulta en las distintas dependencias y entidades públicas en materia de perinatológica, presentar asesoramiento a la Secretaría de Salud cuando esta lo solicite en las disciplinas que orienta el Instituto y apoyo a los programas de salud pública. (Memoria. 1983-1988 pág. 72)

G. TRABAJO SOCIAL EN EL INPer.

A continuación se ubicará el área de Trabajo Social, por ser la profesión y el lugar en el que se realizó la práctica institucional del noveno semestre, bajo la supervisión de la Lic. Patricia González y la Dra. Anta López, teniendo por primera vez la oportunidad de estar en contacto con el equipo de salud del INPer, con Trabajo Social, los médicos y sobre todo con las pacientes obstétricas de consulta externa.

Para la realización de la práctica institucional, se trabajó en equipo con Gricelda Cruz Núñez, también estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social, se elaboró el proyecto denominado "calidad de la atención médica", se construyó el instrumento, se piloteo con 20 pacientes y la aplicación del instrumento final a más de 100 de ellas, en donde los resultados obtenidos generaron la inquietud de realizar este estudio.

1. Trabajo Social para el INPer

En el INPer se define a la profesión de Trabajo Social como una disciplina que se encarga del estudio del hombre en su contexto social en relación con su medio y tiene como objetivo conocer la realidad social imperante, así como analizar la manera de aprovechar los recursos de los individuos y la comunidad. Por tal motivo el Trabajo Social en el INPer, tiene como función primordial, el estudio de factores de mayor trascendencia a nivel individual y/o familiar para determinar su influencia en el fenómeno de la reproducción humana, asumiendo características trascendentales en el área de la investigación, prevención y promoción de la salud. (Memoria, 1988, Pág. 15)

La concepción del ser humano como unidad bio-psico-social obliga a diversas profesiones de las ciencias sociales, entre ellas Trabajo Social, a integrarse a grupos interdisciplinarios de trabajo para brindar una atención integral y con ayuda de sus conocimientos obtener mejores resultados de ésta, así como brindar mejores aportaciones a las investigaciones que se le designen, por lo tanto la participación de Trabajo Social en el INPer se ve involucrada en tres niveles primordialmente; Investigación, Enseñanza y Asistencia. (Memoria, 1988, 16)

Existen varios objetivos y funciones en cada uno de éstos niveles, que a continuación se mencionarán:

2. Objetivos y funciones de Trabajo Social en el INPer

Cada uno de los niveles antes mencionados cuentan con tres objetivos principales de una Institución de Tercer Nivel de Salud. En breve, se describirán los objetivos específicos que se pretenden alcanzar a través de la práctica diaria del servicio de Trabajo Social en el INPer. (Memoria, 1988, 16)

a. Objetivos.

a. 1. Objetivos de Enseñanza

Para las profesionales:

- Proporcionar el desarrollo del servicio de trabajo Social buscando la superación personal y profesional.

- Conjuntar y capacitar recursos humanos a fin de lograr un personal de elevada calidad profesional que sea capaz de adiestrar a los diferentes profesionistas de la medicina, lo relacionado con la salud bio-psico social del binomio madre hijo. (Memoria 1985, pág. 16 y 17)

b.1 Objetivos de asistencia.

Las actividades que realiza la profesional de Trabajo Social en esta área son de vital importancia ya que de ellas depende que la paciente sea aceptada en el servicio o no, a continuación se mencionaran las actividades que se llevan a cabo durante el proceso de aceptación de la paciente:

- Detectar fenómenos sociales que influyan en el desarrollo del proceso perinatal.
- Valorar la condición socioeconómica para: establecer cuota de recuperación, aportar información necesaria para conocimiento de acción médica, proporcionar un manejo específico de Trabajo Social de acuerdo al fenómeno social detectado.
- Establecer información necesaria para con el personal médico y administrativo, relacionada con los elementos de orden socioeconómico y de dinámica familiar que se relacionen con el evento perinatal.
- Sistematizar la información de trabajo social dentro del equipo interdisciplinario institucional. (Memoria 1985, pág. 17)

c.1 Objetivos para investigación.

Estos objetivos permiten la existencia de un diagnóstico para brindar un tratamiento confiable y de acuerdo a lo que la paciente necesita.

- Obtener información sistemática, que permita la conformación de variables, que sirvan para estratificar socialmente, a las pacientes, dentro del rango reproductivo.
- Identificar y cuantificar las variables sociales que puedan describir, explicar, predecir y analizar el riesgo de algunas conductas reproductivas. (INPer Segunda Reunión Memoria Curso de T. S. y su acción en Perinatología. 1985, pág. 6)

b. Funciones de Trabajo Social en el INPer.

En el siguiente punto se especifican las funciones que la Trabajadora Social desempeña como parte importante en el INPer.

- Llevar a cabo las actividades de asistencia, docencia e investigación que en materia de Trabajo Social se programa en el Instituto.
- Aplicar las normas de Trabajo Social establecidas en la Institución en el área asistencial.
- Informar y orientar a las participantes y sus familiares respecto a los diferentes programas e investigaciones del Instituto.
- Establecer relaciones de asistencia con Instituciones Públicas y descentralizadas, para facilitar el traslado a dichas unidades de las pacientes del INPer, o bien de aquellas a ésta, cuando sea necesario.
- Impartir educación continua al personal que opera el programa de Trabajo Social de la Institución; participar en los eventos educativos organizados por otros departamentos con contenidos de esa especialidad; y diseñar y realizar periódicamente eventos educativos relacionados con el Trabajo Social aplicados a la perinatología.

- **Desempeñar proponer y realizar protocolos de investigación en materia de Trabajo Social, y participar en los realizados en esta área por otros departamentos.**(Manual organización del INPer. 1988, pág. 70)

Una vez realizada una revisión somera sobre los conceptos básicos, calidad de la atención médica, algunos estudios realizados sobre calidad, elementos que interaccionan en la calidad de la atención médica de la paciente con su médico, evaluación de la calidad y algunos aspectos relacionados con el Instituto Nacional de Perinatología y Trabajo Social en el INPer, se definirá la metodología de investigación.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Como ya se comentó, el antecedente de este estudio se remonta a la ejecución de la práctica institucional correspondiente al 9o. semestre de la carrera de Lic. en Trabajo Social de la UNAM que se efectuó en el Instituto Nacional de Perinatología INPer, en donde se realizó desde los meses de septiembre de 1994 a enero de 1995 una investigación sobre calidad de la atención médica, la cual arrojó interesantes resultados acerca del tema, pero sesgados pues esta investigación se efectuó cuando se dio el movimiento de residentes en el INPer, por lo que el problema de investigación que se planteó para este estudio fue:

¿Existe calidad de atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico tratante en el Instituto Nacional de Perinatología?

La relevancia del problema radicó en que al Instituto Nacional de Perinatología acuden pacientes gineco-obstétricas de alto riesgo de más de 30 y menos de 17 años o bien mujeres en edad adecuada para la procreación, algunas de las características de las pacientes atendidas en consulta externa como ya se mencionó en el capítulo denominado definición de conceptos básicos son: mujeres embarazadas que cumplan con los requisitos generales, gestantes con; antecedentes de dos o más partos prematuros, antecedentes de dos o más niños con bajo peso al nacer, uno o más hijos con malformaciones al nacer, epilepsia, diabetes mellitus, enfermedades de la glándula tiroides, riñón, pulmón, corazón, Rh negativo sensibilizadas, embarazo múltiple, etc. y que sean valoradas por los médicos del Instituto, es por esto que se identificó:

1. Si existe calidad de atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico tratante dentro del INPer.
2. Si la paciente obstétrica de consulta externa percibe que en la relación con su médico se da una atención personalizada.
3. Al identificar la calidad de la atención médica y el tipo de relación que existe entre la paciente obstétrica de consulta externa y su médico tratante, podrán apreciarse los resultados para en un futuro apoyar en las acciones que se requieran, a fin de coadyuvar a elevar la calidad del servicio que la Institución presta.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la calidad de atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico tratante en el INPer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la calidad de la atención médica que el médico tratante le brinda a la paciente obstétrica de consulta externa en el INPer.
2. Conocer si existe relación entre la paciente obstétrica de consulta externa del INPer con su médico tratante.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Si existe calidad de atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico tratante en el INPer.

Si existe relación entre la paciente obstétrica de consulta externa del INPer con su médico tratante.

Hipótesis alterna

No existe calidad de atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico tratante en el INPer.

No existe relación entre la paciente obstétrica de consulta externa del INPer con su médico tratante.

TIPO DE ESTUDIO

EXPLORATORIO DE CAMPO TRANSVERSAL

Se realizó un estudio exploratorio de campo y transversal, exploratorio ya que fue una primera aproximación al tema, de campo porque se aplicó a una muestra de pacientes obstétricas encuestadas en el INPer y transversal porque se realizó en una sola aplicación .

VARIABLES Vs.

VARIABLE INDEPENDIENTE	Calidad de atención médica.
VARIABLE DEPENDIENTE.	Relación de la paciente obstétrica con su médico tratante.
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	Edad Escolaridad Estado Civil Número de hijos Tipo de consulta Nombre del médico tratante

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Calidad de atención médica: La aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo beneficio para la salud y se divide en dos aspectos: el técnico y el interpersonal siendo los dos anteriores igualmente importantes ya que constituyen elementos fundamentales interrelacionados en la buena atención.

Relación de la paciente con su médico: Correspondencia o trato entre dos personas (paciente-médico) que se consideran a un mismo tiempo.

Edad: El número de años que la paciente manifestó tener el día de la entrevista

Escolaridad: Estudios cursados en alguna institución educativa.

Estado Civil: La situación que tiene el individuo dentro de la sociedad y dentro de su propia familia.

Número de hijos: Cantidad de descendientes que manifieste tener la mujer.

Tipo de consulta: Exclusivamente pacientes que acuden a la consulta externa.

Médico Tratante: El que asiste específicamente y de continuo al paciente o enfermo.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

La calidad de la atención médica y la relación de la paciente con su médico tratante se midieron a través de un instrumento creado de propósito para ello.

VARIABLES QUE IDENTIFICAN

LA ATENCIÓN MÉDICA

Atención técnica

Interés personal

Las aménidades

LA ATENCIÓN TÉCNICA

a) Historial médico

b) Examen físico

c) Cuidado perinatal

d) Orientación de signos de alarma y

e) Actividades diarias durante el embarazo.

EL INTERÉS PERSONAL.

a) Atención en el día de la cita

b) Atención personalizada

c) Lenguaje del médico

d) Opinión sobre el médico tratante

e) Relación médico paciente

f) Percepción de atención personalizada

LAS AMENIDADES

- a) Satisfacción con:
 - a1) atención
 - a2) información
 - a3) ambiente del consultorio
 - a4) costo de la consulta
 - a5) método de pago
- b) Conveniencia de la ubicación del Instituto
- c) Opinión sobre:
 - c1) elección del INPer para ser atendida
 - c2) calidad de la atención médica
 - c3) sentir de las pacientes al ser atendidas en el INPer.

Edad: Variable de tipo politémica con nivel de medición ordinal.

Escolaridad: Variable de tipo politémica, con nivel de medición ordinal.

Estado Civil: Variable de tipo politémica, con nivel de medición nominal.

Número de hijos: Variable de tipo politémica con nivel de medición ordinal.

Tipo de consulta : Variable de tipo politémica con nivel de medición nominal

Médico tratante: Variable de tipo politémica con medición nominal.

MUESTRA

La muestra fue integrada por 214 pacientes que corresponden al 10% del total de pacientes obstétricas que acudieron a consulta externa del INPer, los días que se aplicó el instrumento,

con cualquier tipo de escolaridad, edad y con o sin descendencia atendidas durante los meses de agosto a enero de 1994 y 1995.

Se aplicó muestreo no probabilístico por cuota.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PARTICIPANTES

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión aplicados al estudio fueron que en todos los casos se tratara de:

- Pacientes obstétricas que acudieran a consulta externa del INPer.
- Pacientes obstétricas con cualquier tipo de escolaridad.
- Pacientes obstétricas de cualquier edad.
- Pacientes obstétricas con o sin descendencia.
- Pacientes obstétricas que acudieron a consulta externa independientemente del diagnóstico de aceptación (alto riesgo) que tengan o no alto riesgo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes obstétricas que acudieron a otro tipo de servicio diferente de consulta externa.
- Pacientes obstétricas que independientemente del diagnóstico que tengan o no alto riesgo, no aceptaran responder el instrumento.

INSTRUMENTO

Se elaboró un instrumento de papel y lápiz de tipo cuestionario, de propósito para ello, que constó en su totalidad de 83 reactivos, 7 reactivos para responder a las variables demográficas, 19 reactivos abiertos 63 cerrados y 5 combinados; cerrados y abiertos, distribuidos de la siguiente manera:

En primer lugar se hizo la presentación del instrumento y se dieron las instrucciones para contestarlo. Se dividió en los siguientes rubros para facilitar la identificación:

- Para responder a las variables demográficas 7 reactivos
- Identificaron la atención médica 34 reactivos
- Identificaron el interés personal y la relación médico paciente 22 reactivos.
- Identificaron el ambiente físico en que se desarrolla el proceso de atención o también llamadas "amenidades" 9 reactivos.
- Comentario sobre: Atención, calidad y el por qué eligieron atenderse en el INPer 3 reactivos.
- Identificaron: la atención médica, interés personal o relación médico paciente y las amenidades 3 reactivos.

ESTADÍSTICA

Se utilizó estadística no paramétrica específicamente las medidas de tendencia central e histogramas, a partir del programa SPSSpc (Programa de Estadística para las Ciencias Sociales) Este es un programa estadístico aplicado a las ciencias sociales para hacer cálculos estadísticos, tales como: medidas de tendencia central, medidas de dispersión y correlación, entre otras.

PROCEDIMIENTO

Se buscó la bibliografía para conformar el planteo teórico, se elaboró el proyecto de investigación presentándose al departamento de tesis para su aprobación, una vez aprobado el proyecto se inició la integración del marco teórico, continuándose con la elaboración del instrumento, se piloteó, revisó y depuró el mismo con el apoyo de dos expertos, una vez realizado lo anterior se reprodujeron y compaginaron en su totalidad 225 instrumentos, con un total de 900 hojas anverso y reverso, posteriormente se informó a los asesores del INPer lo anterior y se pidió la autorización para la aplicación del instrumento la cual fue otorgada por el Dr. Cabral encargado de consulta externa, obtenida la autorización se acudió al archivo del INPer donde diariamente los días de la aplicación se revisaron las listas de los médicos que proporcionaban cita en consulta externa para conocer en qué consultorio se ubicaban y los días que otorgaban consulta, se aplicó el instrumento anexo a 214 pacientes obstétricas que acudieron para recibir atención con los médicos: Espinosa, Canales, Neri, Herre-rías, Castillo, Ortiz, Zea, Escobar, Rodríguez, Mota, Calvillo, León e Iburgüengoitia durante los días 17 de julio al 4 de agosto de 1995, una vez hecha la aplicación, recopilación, revisión, y clasificación de los instrumentos se elaboró la tabla de códigos, se codificaron los 214 cuestionarios en hojas especiales para dicho propósito, posteriormente se elaboró la base de datos en el paquete estadístico SPSSpc, cargándose la base numérica y corriendo el programa, obteniendo de esta manera el análisis estadístico con medidas de tendencia central e histogramas, hecho lo anterior, se continuó con la elaboración del reporte de resultados, análisis, conclusiones y sugerencias, así como la recopilación del total de la bibliografía, apéndice, glosario e introducción.

Se continuó con la realización del reporte y análisis de resultados redactándose conclusiones, sugerencias, así como la recopilación del total de la bibliografía, los anexos, e introducción.

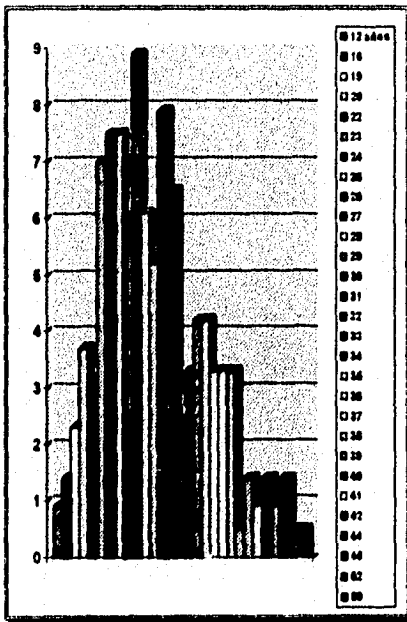
CAPÍTULO III
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

A. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

A continuación se reportan los resultados obtenidos a través del cuestionario elaborado para identificar la calidad de atención médica y la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer iniciando con las *variables demográficas* las cuales son: edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, nombre del médico tratante, el tipo y número de consulta.

1. EDAD

Gráfica No. 1 **EDAD**



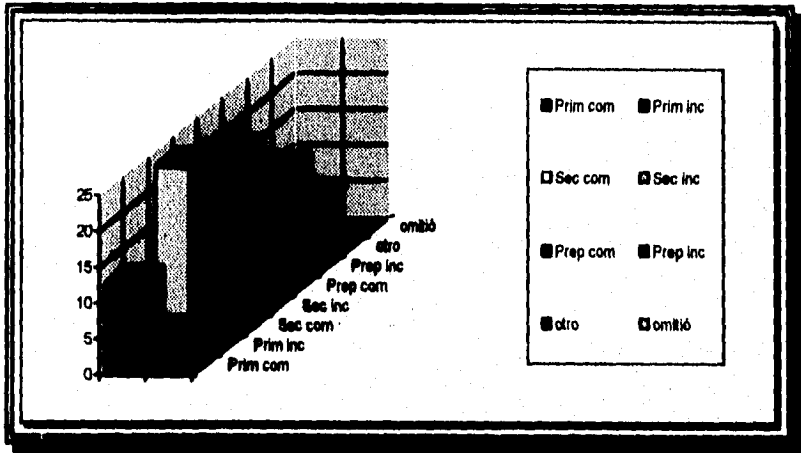
Se encontró que la edad va de un mínimo de 12 y hasta 52 años, como puede observarse en la gráfica No. 1 y se distribuyeron de la siguiente manera: el 8.9% de las pacientes tienen 27 años, 7.9% 30 años, 7.5% 24 años, 7.5% 25 años, 7% 23 años, 6.5% 31 años, 6.1% 28 años, 5.1% 29 años, 4.2% 34 años, 4.3% 35 años, 3.7% 20 años, 3.3% 33 años, 3.3% 36 años, 3.3% 37 años, 3.3% 38 años, 2.3% 19 años, 2.3% 22 años, 2.3% 26 años, 1.4% 16 años, 1.4% 32 años, 1.4% 40 años, 1.4% 42 años, 1.4% 46 años, 0.9% 12 años, 0.9% 41 años, 0.9% 44 años 0.5% 39 años, 0.5% 52 años y el 0.5% omitió responder.

Calidad de la atención médica en la atención de la paciente obstétrica de consulta externa en el INPer, 1991

2. ESCOLARIDAD

Gráfica No. 2

ESCOLARIDAD



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

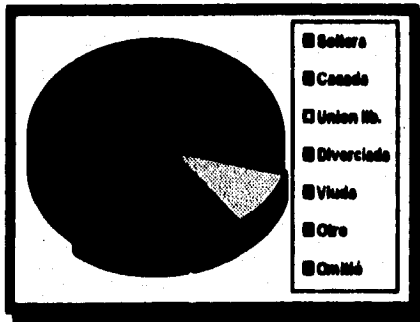
Se encontró que la distribución de la escolaridad fue desde la primaria incompleta, hasta estudiantes de Posgrado, distribuyéndose como se puede observar en la gráfica # 2. El 23.4% de las pacientes tienen secundaria completa, 19.6% preparatoria completa, 15.9% secundaria incompleta, 12.6% primaria completa, 11.7% otro tipo de escolaridad dentro de los cuales se encuentran: carreras comerciales, normalistas, universitarias y una persona que tiene maestría, 9.3% de las pacientes tienen preparatoria incompleta, 2.8% primaria incompleta y el 4.7% omitió responder.

3. ESTADO CIVIL

La gráfica No. 3 muestra el estado civil de las entrevistadas el cual se distribuye de la siguiente manera:

Gráfica No. 3

ESTADO CIVIL



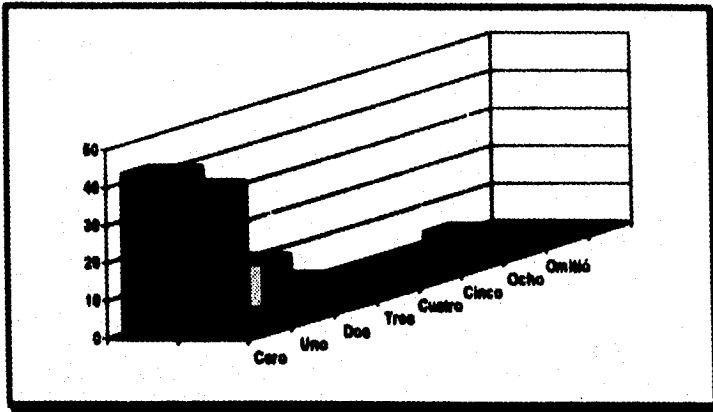
El 68.2% de las pacientes son casadas, 15.4% solteras, 10.3% viven en unión libre, 1.4% son divorciadas, el 0.5% viudas, 0.5% manifestó tener otro tipo de estado civil y el 3.7% se abstuvo de responder.

4. NÚMERO DE HIJOS

En la distribución de el número de hijos que las entrevistadas tienen se encontró que: El 43% de las pacientes no tienen descendencia, 35% manifestó tener un hijo, 12.6% tienen 2 hijos, 4% 3 hijos, 0.5% tiene 4 hijos, 0.5% 5 hijos, 0.5% 8 hijos y el 3% de las pacientes no respondieron. La moda se localizó en las pacientes que no tienen descendencia, como puede observarse en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 4

NÚMERO DE HIJOS



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

5. TIPO DE CONSULTA

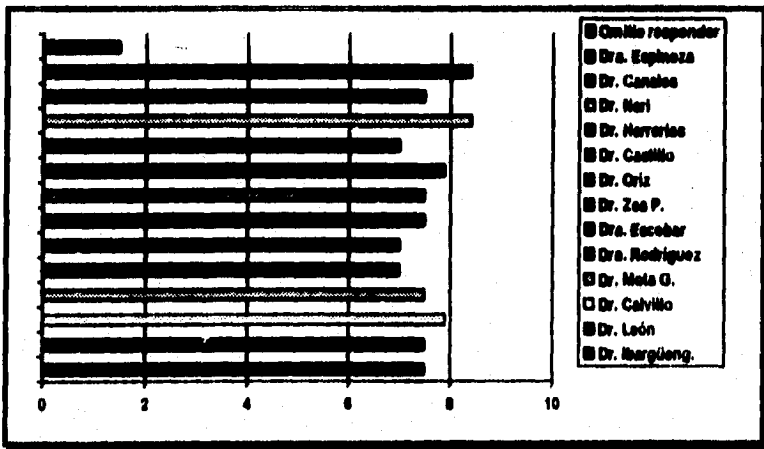
Con respecto al reactivo: *tipo de consulta* el 99% de las pacientes respondieron que acuden al INPer a consulta externa obstétrica, el 0.5% acuden a consulta ginecológica y el 0.5% acuden a consulta ginecobstétrica. Como se puede ver la moda se ubicó en la respuesta en la cual las pacientes manifestaron acudir a la consulta obstétrica.

6. MÉDICO TRATANTE

La siguiente gráfica, muestra el nombre de los médicos tratantes que atienden a las pacientes obstétricas de consulta externa, es importante mencionar que estos porcentajes indican solamente la cantidad de pacientes que se encontraban en el momento de la aplicación del instrumento.

Gráfica No. 5

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE



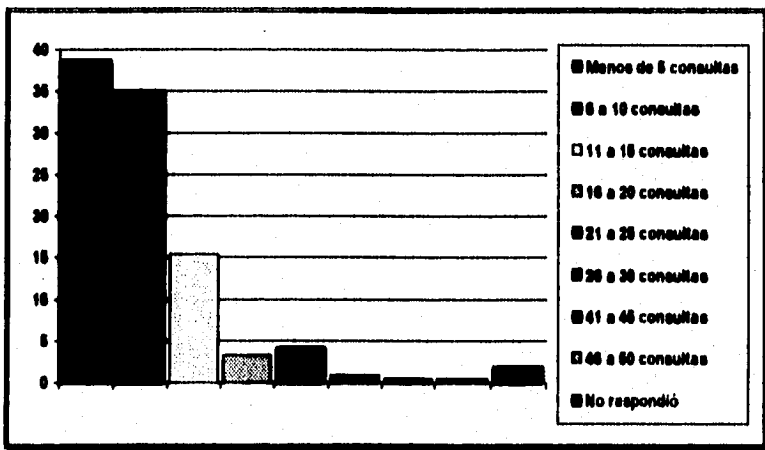
Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1993

El 8.4% de las pacientes fueron atendidas por el Dr. Neri, el 8.4% la Dra. Espinoza, 7.9% Dr. Castillo, 7.9% Dr. Calvillo, 7% Dr. Ibarguengoitia, 7.5% Dr. Mota G. 7% Dr. Canales, 7.5% Dr. Zea, 7.5% Dr. Ortiz, 7.5% Dr. León, 7% Dr. Herrerías, 7% Dra. Rodríguez, 7% Dra. Escobar y el 1.5% omitió responder.

7. NÚMERO DE CONSULTA

La variable número de consulta se trabajó en un nivel intervalar con rango de 5 consultas encontrándose lo siguiente:

Gráfica No. 6 **NÚMERO DE CONSULTA**



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

El 38.8% de las pacientes tienen menos de 5 a 5 consultas, 35% de 6 a 10 consultas, interconsultas o consultas de especialidad, 15.4% 11 a 15 consultas, interconsultas o consultas de especialidad, 3.3% de 16 a 20 consultas, interconsultas o consultas de especialidad, 4% de 21 a 25 consultas, interconsultas o consultas de especialidad, 0.5% tienen de 26 a 30 consultas, interconsultas o consultas de especialidad, 0.5% tienen de 41 a 45 consultas, interconsultas o consultas de especialidad, el 0.5% tienen de 46 a 50 consultas, interconsultas o

consultas de especialidad, y el 1.0% de las pacientes no respondieron. La moda se encontró ubicada en el primer rango de menos de 5 a 5 consultas.

B. VARIABLES DE ATENCIÓN MÉDICA

Una vez descritas las variables demográficas, se reportan las variables llamadas de *atención médica*.

1. SEMANA DE INGRESO AL INPer PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

En el instrumento se efectuó la siguiente pregunta a las pacientes: *¿A qué semana de su embarazo ingresó al INPer para recibir atención médica?* reactivo trabajado a nivel intervalar con rangos de 4 semanas, encontrando que: El 3.7% ingresaron al INPer para recibir atención médica antes de embarazarse, el 14.5% ingresó al INPer de la 1 a la 4 semana de embarazo, el 12.6% ingresó de la 5 a la 8 semana, el 21% ingresó de la 9 a la 12 semana de embarazo, el 13% ingresó de la 13 a la 16 semana, el 3.8% ingresó de la 17 a la 20 semana de embarazo, el 5.6% ingresó de la 21 a la 24 semana, el 0.5% ingresó de la 25 a la 28 semana, y el 1.5% ingresó de la 29 a la 32 semana de embarazo, el 23.8% no respondió a la pregunta. La moda se situó en la segunda respuesta que indica que las pacientes ingresaron al INPer para recibir atención médica de la 1 a la 4 semana de embarazo.

consultas de especialidad, y el 1.9% de las pacientes no respondieron. La moda se encontró ubicada en el primer rango de menos de 5 a 5 consultas.

B. VARIABLES DE ATENCIÓN MÉDICA

Una vez descritas las variables demográficas, se reportan las variables llamadas de *atención médica*.

1. SEMANA DE INGRESO AL INPer PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

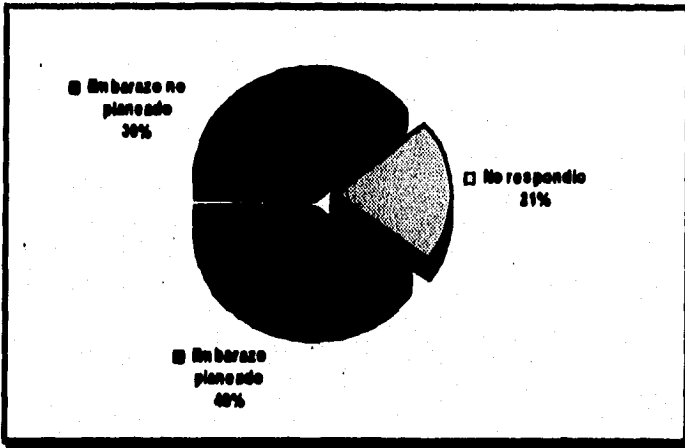
En el instrumento se efectuó la siguiente pregunta a las pacientes: *¿A qué semana de su embarazo ingresó al INPer para recibir atención médica?* reactivo trabajado a nivel intervalar con rangos de 4 semanas, encontrando que: El 3.7% ingresaron al INPer para recibir atención médica antes de embarazarse, el 14.5% ingresó al INPer de la 1 a la 4 semana de embarazo, el 12.6% ingresó de la 5 a la 8 semana, el 21% ingresó de la 9 a la 12 semana de embarazo, el 13% ingresó de la 13 a la 16 semana, el 3.8% ingresó de la 17 a la 20 semana de embarazo, el 5.6% ingresó de la 21 a la 24 semana, el 0.5% ingresó de la 25 a la 28 semana, y el 1.5% ingresó de la 29 a la 32 semana de embarazo, el 23.8% no respondió a la pregunta. La moda se situó en la segunda respuesta que indica que las pacientes ingresaron al INPer para recibir atención médica de la 1 a la 4 semana de embarazo.

2. EMBARAZO PLANEADO O NO PLANEADO

Con respecto a la pregunta *su embarazo fue planeado o no planeado* las encuestadas respondieron lo siguiente:

Gráfica No. 7

EMBARAZO PLANEADO O NO PLANEADO



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

El 40.5% de los embarazos son planeados, el 38.8% del total no se planean y 20.6% omitieron responder. La moda se encontró ubicada en la respuesta donde las pacientes manifestaron que su embarazo fue planeado.

3. INTERVALO DE TIEMPO ENTRE EL EMBARAZO ACTUAL Y EL ANTERIOR

Se preguntó a las pacientes *¿qué tiempo dejaron entre el embarazo actual y el anterior?* Y se encontró que el 12.1% de ellas respondieron que habían dejado de 2 a 9 meses entre el embarazo actual y el anterior, el 11.2% de las pacientes dejaron pasar 1 año, el 8.4% dejó pasar 2 años, el 19.6% dejó más de 3 años y la moda se ubicó en el 48.6% con las pacientes que omitieron responder el reactivo.

4. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Se cuestionó a las pacientes *si el médico preguntó antecedentes de importancia que repercutieran en su embarazo actual* encontrando lo siguiente: el 85% de las pacientes respondió afirmativamente al reactivo, el 6.1% respondió negativamente y el 8.9% no respondió. La moda se ubicó en la respuesta en la cual el médico sí preguntó antecedentes de importancia que repercutieran en el embarazo actual.

5. VALORACIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO DEL EMBARAZO ACTUAL

En la pregunta: *Su médico ha valorado el historial clínico del embarazo actual* se encontró que: el 86.9 % de las pacientes respondieron que su médico sí ha valorado su historial clínico del embarazo actual, el 5.6 % de las pacientes respondieron que su médico no ha valorado el historial clínico del embarazo actual y el 7.5 % omitió responder. La moda se localizó en la primera respuesta, donde el médico sí ha valorado el historial clínico del embarazo.

6. FACTORES QUE INDICAN EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Con respecto a los factores que indican embarazo de alto riesgo, el INPer posee una hoja de valoración de consulta externa donde se indican las posibles causas de embarazo de alto riesgo, la cual se muestra en la tabla No. 1 en donde la primera columna indica los factores ofrecidos por el INPer como de alto riesgo y la segunda columna indica los porcentajes que en este estudio se obtuvieron con respecto a cada uno de los incisos.

Sólo el 58.2% de las pacientes respondieron este reactivo, y el 41.8% omitió, del 58.2% que sí contestaron, sólo el 29.6% de ellas se ubicaron dentro de los propuestos en la hoja proporcionada por el INPer.

El 28.6% de las pacientes restantes, manifestaron tener otro tipo de padecimiento, (ver tabla No. 2), por lo que cabe la posibilidad de replicar este punto del estudio, a fin de dejar o modificar la hoja de valoración de consulta externa, sobre las posibles causas de embarazo de alto riesgo.

En la tabla No. 1 aparecen los diversos factores que indican embarazo de alto riesgo, contenidos en la hoja de valoración de consulta externa antes mencionada, y en la tabla No. 2 los otros factores de riesgo manifestados por la paciente que no se localizan en la primera tabla.

La hoja de valoración contempla el tipo de paciente que acude a consulta externa donde se encontró que el 99% de la muestra a la que se aplicó el instrumento fue de pacientes obstétricas y el 1% ginecológica, el 38.9% de las pacientes tienen < de 17. o > de 31 años, y el 76.2% de las pacientes manifestaron ingresar al Instituto en una edad gestacional < de 32 semanas.

Tabla No. 1

FACTORES QUE INDICAN EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Antecedentes familiares.	
Diabéticos (madre)	0
Genéticos	0
Autoinmunes	0
Antecedentes personales	
Epilepsia	0
Endocrinopatía	3.8
Nefropatía	0
Cardiovascular	1.4
Enfermedad autoinmune	1
Tabaquismo más de 10 cigarros al día	2.8
Antecedentes obstétricos	
Número de cesáreas mayor o igual a dos	1.9
Isoimmunización Rh	2.8
Partos pretérmino	0
Retardo en el crecimiento	0
Abortadora habitual	7
Macrosonía	0
Malformaciones	0.5
Óbitos	1.4
Embarazo actual	
Embarazo múltiple	1.9
Antecedentes de sangrado transvaginal	2.3
Hipertensión	2.8
Infección perinatal	0
Retardo en el crecimiento	0
Antecedente de amenaza de parto pretérmino	0
Total	29.6
Otros factores.	
Esterilidad (tiempo de evolución, años)	0
Infertilidad	0
Tratamiento quirúrgico (Ginecológico)	0
Protocolo de planificación familiar	0
Derechahabiente de otra institución	0
Aceptada	0
Canalizada a otra institución (especifique)	0
Total	100

Cálculo de la asociación entre el tabaquismo y la presencia de embarazo de riesgo en el 2010 en el 2010 (199)

El 7% de las pacientes son abortadoras habituales, 3.8% tiene endocrinopatía, 2.8% tabaquismo, 2.8% tienen isoimmunización Rh, 2.8% padecen hipertensión, 2.3% antecedentes de sangrado transvaginal, 1.9% han tenido de 2 a más cesáreas, 1.9% presentan embarazo múltiple, 1.4% han tenido un óbito, 1.4% tienen antecedentes cardiovasculares, 1% enfermedad autoinmune, y el 0.5% tienen antecedentes de malformaciones.

**Tabla No. 2 OTROS FACTORES DE ALTO RIESGO
MANIFESTADOS POR LAS PACIENTES**

Otros (especificación)	%
Primigesta añosa	10.2
Madre soltera	6.5
Embarazo adolescente	4.2
Hemiplejía	0.5
Pelvis estrecha o angosta	1.4
Nervios	0.5
Antecedentes de esterilidad	2.8
Embarazo con dispositivo	0.5
Meomatosis	1.0
Exceso de peso	0.5
Antecedentes de cefalea	0.5
Total	28.6

Cualidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1997

Los otros factores localizados en la tabla No. 2 son los que manifestaron las pacientes, y que se sugiere agregar a la hoja de valoración del INPer una vez que se haya replicado el estudio.

El 10.2% de las pacientes son Primigesta añosa, 6.5% son madres solteras, 4.2% embarazo adolescente, 2.8% tienen antecedentes de esterilidad, 1.4% tienen pelvis estrecha, cada una de las siguientes causas tienen un 0.5%, hemiplejía, nervios, embarazo con dispositivo, meomatosis, exceso de peso, antecedentes de cefalea.

7. EXAMEN FÍSICO GENERAL RUTINARIO

Quando se les inquirió a las pacientes sobre si: *Se le efectúa examen físico general rutinariamente* el 78 % respondió que si se les realizó examen físico general rutinariamente, el 15% adujeron que no se les efectúo, y un 7% omitió responder; la moda se localizó en el número 1 esto es que rutinariamente se les practicó examen físico general. En esta pregunta la moda se localizó en la primera respuesta donde las pacientes mencionaron que sí se cumplía con este cometido.

8. REGISTRO RUTINARIO

Con respecto al reactivo *Rutinariamente se le hace registro de: estatura, aumento del fondo uterino, peso, frecuencia cardiaca de la madre y frecuencia cardiaca del feto* se encontraron los siguientes resultados como se muestra en la tabla No. 3.

Tabla No. 3

REGISTRO RUTINARIO

Reactivo	Si %	No %	No respondió %	Total
Peso	91.6	4.2	4.2	100
Aumento del fondo uterino	85	5.1	9.8	100
Frecuencia cardiaca fetal	73.8	18.7	7.5	100
Frecuencia cardiaca de la madre	72.4	17.8	9.8	100
Altura	50.4	36	13.6	100
Régimen dietético	51.8	37.8	10.3	100

Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

Al 91% de las pacientes se les pesa, al 85 % se le registra el aumento del fondo uterino, 73.8% se le registra la frecuencia cardiaca fetal, a un 72.4% se le registra la frecuencia cardiaca de la madre, a un 51.9% se le registra el régimen dietético y a un 50.5% se le registra la estatura.

9. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

En la pregunta *Se valoró el estado de salud en lo que lleva de su embarazo* las pacientes respondieron lo siguiente: el 80.3% aceptó que se le valoró su estado de salud, el 10.3% dice que no se cumplió con esta función y el 9.3% no respondió, la moda se ubicó en la primera respuesta donde se manifestó que sí se valoró el estado de salud en lo que lleva de su embarazo.

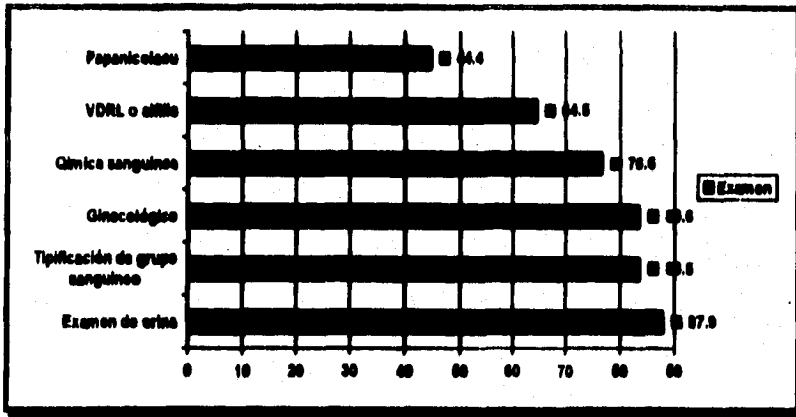
10. EXÁMENES EFECTUADOS

Cuando se preguntó a las pacientes si se les había efectuado los siguientes exámenes: *Papanicolaou, ginecológico, (VDRL) o sífilis, de orina, química sanguínea, tipificación del grupo sanguíneo y Rh* respondieron lo siguiente como se muestra en la gráfica No. 8.

Al 87% del total de las pacientes se le efectuó examen de orina, al 83.6% se le efectuó tipificación de grupo sanguíneo, a un 83.6% se realizó examen ginecológico, a 76.6% se le efectuó química sanguínea, a 64.5% se le practicó examen de sífilis o también llamado VDRL y al 44.4% se le efectuó papanicolaou.

Gráfica No. 8

Exámenes efectuados



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPw 1995

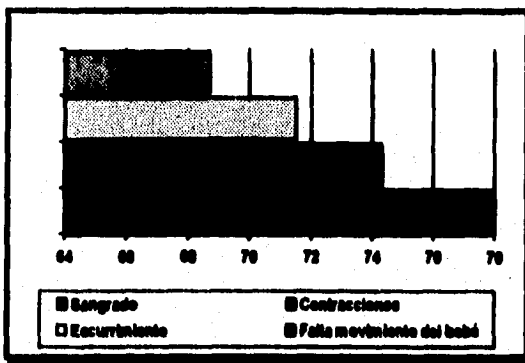
11. ULTRASONIDO Y MONITORIZACIÓN

Al cuestionar a las pacientes si se les ha efectuado ultrasonido y monitorización respondieron el 81.8% del total que si se les ha efectuado ultrasonido mientras que al 10.7% no se les ha realizado, el 7.5% omitió. Al 33.2% del total de ellas se les practicó monitorización y el 48.6% mencionó que no se cumplió con esta función y no respondieron al respectivo el 18.2%.

12. ORIENTACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA

Los siguientes reactivos hablan sobre la orientación e información que el médico da a la paciente obstétrica y futura madre, como se muestra en la gráfica No. 9, el primero de ellos dice: *Se le ha orientado sobre signos de alarma: sangrado, contracciones, escurrimiento, y falta de movimiento del bebé* al cual contestaron lo siguiente:

Gráfica No. 9 Orientación sobre signos de alarma



El 78% del total de las pacientes se les orientó sobre el sangrado, 74.3% se le informó sobre las contracciones, 71.5% sobre el escurrimiento, y al 68.7% sobre la falta del movimiento del bebé.

Cobertura de la atención médica en la atención de la gestante durante el embarazo temprano con la madre en el PNP (1995)

13. CONSEJOS SOBRE ACTIVIDADES DIARIAS

Con respecto al reactivo: *Su médico le ha dado consejo acerca de las actividades diarias durante el embarazo como son: Dieta, horas de sueño, viajes, ejercicios, empleo, y baños*, a lo que las pacientes respondieron como se muestra en la tabla No. 4 en donde en la primera columna aparecen los reactivos antes mencionados, la 2ª columna muestra los porcentajes de las pacientes que respondieron afirmativamente, la 3ª columna da los porcentajes de

las pacientes que respondieron negativamente, la 4ª columna muestran los porcentajes de las pacientes que se abstuvieron de responder y la 5ª columna el total de los porcentajes.

Tabla No. 4

Actividades diarias durante el embarazo

Reactivo	Si %	No %	No respondió	Total
Dieta	52.3	30.8	16.9	100
Horas de sueño	41.1	37.4	21.5	100
Ejercicios	34.1	43	22.9	100
Baños o higiene	33.6	37.9	28.5	100
Empleo	25.2	45.3	29.5	100
Viajes	23.8	48.6	27.6	100

Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INI 1995

En el 52.2% de las pacientes respondieron que el médico si les ha dado consejo sobre la dieta, 41.1% se les ha dado consejo sobre el sueño, a 34.1% se le ha orientado sobre los ejercicios, al 33.6% se le aconsejó sobre la higiene, al 25.2% se le oriento sobre el empleo y al 23.8% se les ha aconsejado sobre los viajes.

14. TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS

Al preguntar a las pacientes si se le dio tratamiento para los síntomas que manifestó durante el embarazo respondieron los siguiente: al 53.7% de las pacientes si se les dio tratamiento para los síntomas que manifestaron durante el embarazo, el 38.3% no se le dio tratamiento y el 8% no respondió; la moda se ubica en el número uno lo cual indica que a la mayoría de las pacientes sí se les dio tratamiento para los síntomas que manifestaron en el embarazo.

15. ORIENTACIÓN SOBRE TRABAJO DE PARTO

El último de los reactivos sobre atención médica refiere lo siguiente: *se le ha orientado sobre el trabajo de parto o cesárea* al cual las pacientes respondieron en un 41.1% afirmativamente, el 47.7% no se le ha orientado y un 11.2% no respondió a la pregunta. Como se puede observar la moda se localizó en la segunda respuesta donde las pacientes indican que no se les ha orientado sobre el trabajo de parto o cesárea.

C. INTERÉS PERSONAL Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Una vez realizada la descripción de las variables que identifican la atención técnica o médica se continuará con el reporte de los reactivos que identifican *el interés personal y la relación médico paciente*.

1. PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN

Se preguntó a las pacientes: *Percibe usted que la atención que recibe es personalizada*, encontrándose que el 72.4% respondió que sí, el 18.2% mencionó que no lo es y el 9.4% se abstuvo de responder, la moda se localizó en la primera respuesta manifestada por las pacientes indicando que la mayor parte de ellas piensa que la atención que reciben en el INPer si es personalizada.

2. PRESENTACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE CON SU PACIENTE

En el reactivo: *Se ha presentado con usted su médico tratante* el 75.5% de las pacientes respondieron afirmativamente, el 13.3% respondió que el médico tratante no se presentó con ellas y el 11.2% no respondió al reactivo, la moda se localizó en la respuesta afirmativa, esto es que el médico sí se ha presentado.

Las siguientes preguntas hacen referencia a las citas o consultas.

3. ATENCIÓN EN EL DÍA DE LA CITA

Al inquirir a las pacientes si *le ha proporcionado la atención en las fechas en las que se le había otorgado la cita* el 94.4% respondió que sí se le otorgó la consulta el día en que se les programó, al 2.3% no se le proporcionó la atención en esa fecha y el 3.3% se abstuvo de responder.

4. CITAS CANCELADAS

Al preguntar *¿cuántas citas le han cancelado?* las pacientes respondieron lo siguiente: 81.8% nunca le han cancelado citas, 10.3% le han cancelado una, 3.7% le han cancelado dos, al 0.9% le cancelaron 3, y el 3.3% no respondió, como se puede observar la moda se localizó en el 81.8% donde las pacientes manifestaron que no le han cancelado citas.

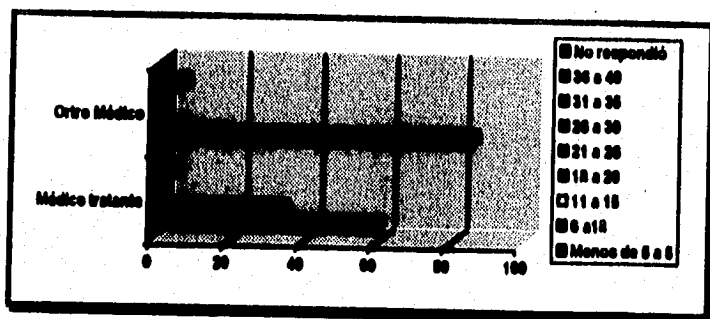
5. CITAS A LAS QUE NO ACUDIÓ LA PACIENTE

Con respecto al reactivo *¿A cuántas citas no acudió?* se encontró que: El 77.6% acudieron a todas las citas, el 13.2% no acudió a 1 cita, el 3.7% no acudió a 2 citas, el 0.5% no acudió a 3, y el 5% no respondió.

6. ATENCIÓN DE SU MÉDICO Y OTRO MÉDICO QUE NO SEA SU MÉDICO TRATANTE

Las preguntas : *Cuántas veces le ha atendido su médico tratante y Cuántas veces le ha atendido otro médico que no sea su médico tratante.* se trabajaron a nivel intervalar con rango de 5 consultas a las cuales respondieron lo siguiente como se puede observar en la gráfica No. 10.

Gráfica No. 10 Atención de médico tratante y otro médico



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

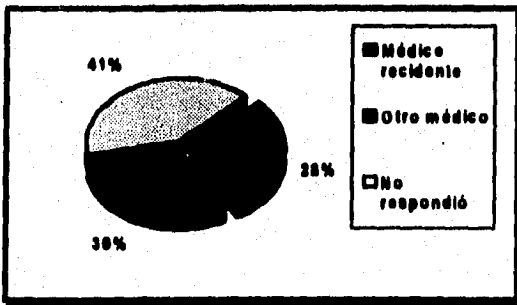
Como se puede observar en la gráfica el 85% las pacientes son atendidas de menos 5 a 5 veces por otro médico que no es su médico tratante, 6% de las pacientes son atendidas de 6 a 10 veces por otro médico que no es su médico tratante, el 1.9% son atendidas de 11 a 15 veces por otro médico, 0.5% de las pacientes son atendidas de 16 a 20 ocasiones y el 6.6% omitió.

El 59.3% de las pacientes son atendidas de 0 a 5 veces por su médico tratante, 21.9% son atendidas de 6 a 10 ocasiones por su médico, 9.4% son atendidas de 11 a 15 ocasiones por su médico, 3.3% son atendidas de 16 a 20 ocasiones por su médico tratante y el 6.1% no respondió. La moda en estos dos reactivos se localizó en las pacientes que son atendidas de menos 5 veces a 5 veces por su médico tratante y por otro médico que no es su médico tratante.

7. ATENCIÓN POR OTRO MÉDICO

Con respecto al reactivo: *En caso de no haber sido atendida por su médico tratante ¿quién la atendió?* las pacientes respondieron lo siguiente :

Gráfica No. 11 ¿Quién la atendió?



El 29.5% fueron atendidas por el médico residente, 29.5% por otro médico y el 41% omitió responder.

Cópiado de la encuesta aplicada en la revisión de la práctica clínica de consulta externa con su médico en el D.P. 1993

8. MOTIVO POR EL CUAL NO FUE ATENDIDA POR EL MÉDICO TRATANTE

Se preguntó *El por qué no fueron atendidas por su médico tratante* y respondieron: el 24.3% no saben el por qué no fueron atendidas por su médico tratante, el 10.7% dijeron que su médico estaba en el quirófano, 8.4% por otro motivo, 8% se encontraba dando clases, 4.7% estaba atendiendo en urgencias, 2.3% el médico se encontraba en una junta, 1.4% por exceso de trabajo, 0.9% ya no laboraba en el INPer, 0.9% por incapacidad, 0.5% por cambio de piso, 0.5% estaba en un curso y el 37.4% no respondió a la pregunta.

9. TIEMPO DE ESPERA DESPUÉS DE LA HORA DE LA CITA

Sobre el reactivo *Qué tiempo habitualmente ha esperado para recibir su consulta, después de la hora de su cita* se encontró que: el 27.6% de las pacientes esperan de 31 min. a 1 Hora para recibir su consulta, 25.2% esperan de 5 a 15 min., 24.8% esperan de 16 a 30 min., 19.6% esperan de 1 a 2 horas 1.4% esperan más de 2 horas y el 1.4% omitió responder, la moda se ubicó en el número 3, esto significa que las pacientes esperan para recibir su cita de 31 minutos a 1 hora.

10. CONOCIMIENTO SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

Se preguntó a las encuestadas: *Tiene conocimiento del avance o evolución de su embarazo* a lo cual respondieron lo siguiente: El 74.8% tiene conocimiento o está al tanto de su embarazo, 3.7% no está informada del avance de su embarazo, 11.7% sólo en ocasiones se encuentra al tanto del avance de su embarazo y el 9.8% no respondió, la moda se situó en el 74.8% donde las pacientes manifestaron tener conocimiento del avance de su embarazo.

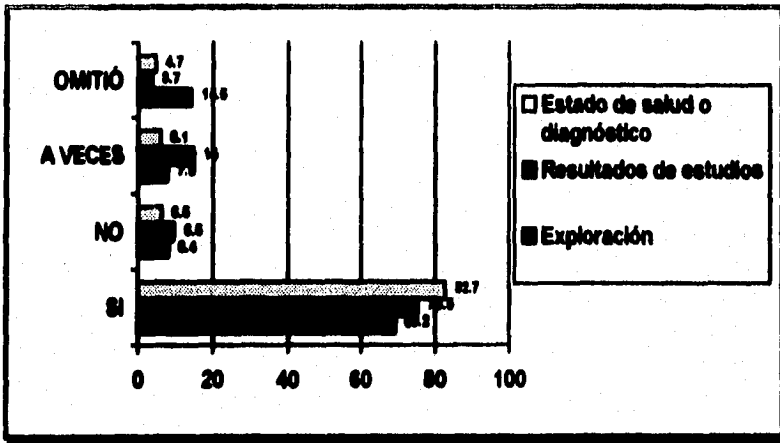
Los siguiente reactivos dan a conocer la información que el médico brinda a las pacientes obstétricas en consulta externa.

11. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS DE: EXPLORACIÓN, ESTUDIOS Y EL ESTADO DE SALUD O DIAGNÓSTICO

En la gráfica No. 12 se encuentran representadas las preguntas: *el médico le da información de los resultados de su exploración, su médico comentó con usted los resultados de sus estudios y el médico le informó de su estado de salud o dio un diagnóstico* a las cuales respondieron las pacientes lo siguiente:

Gráfica No. 12

Información de: Edo. Salud, resultados y exploración



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

Al 82.7% de las pacientes el médico le informó el estado de salud y dio un diagnóstico, al 75.5% el médico le comentó los resultados y al 69.2 % el médico informó los resultados de la exploración, al 9.8% de las pacientes el médico no le comentó los resultados de sus estudios, al 6.5% no le informaron el estado de salud y al 8.4% no le informaron sobre su exploración.

12. DIAGNÓSTICO Y SU EXPLICACIÓN

Se preguntó a las pacientes si su médico: *proporcionó el diagnóstico con términos médicos y si se le dio una explicación del mismo* encontrándose que: al 43.9% de las pacientes se les proporcionó el diagnóstico con términos médicos y a un 69.2% se le da una explicación de este, a 15% a veces se les dio el diagnóstico con términos médicos y a un 17.3% a veces se le dio una explicación, sin embargo a un 35% no se le dio diagnóstico con términos médicos y a un 8.4% de las pacientes no se les dio explicación del diagnóstico, el 6.1% no respondió a la pregunta proporciona el diagnóstico con términos médicos, y el 5.1% no respondió a la pregunta dio explicación del diagnóstico.

13. LENGUAJE DEL MÉDICO

Se efectuó la siguiente pregunta ya que es interesante conocer si: *en términos generales el lenguaje del médico se entiende*, el 81.3% de las pacientes mencionan que en general el lenguaje se comprende, el 3.3% menciona que sólo a veces entiende y el 15.3% omitió responder, la moda se ubicó en el 81.3% donde las pacientes manifestaron que el lenguaje del médico es entendible.

14. EXPOSICIÓN DE DUDAS Y SU ACLARACIÓN

Con respecto a los reactivos: *le ha expuesto sus dudas al médico y el médico ha aclarado sus dudas* se elaboró la tabla No. 6, donde se muestra en la primera columna los reactivos sobre las dudas y su aclaración, en la 2ª columna se muestra el porcentaje de las pacientes que respondieron afirmativamente, en la 3ª columna se muestra el porcentaje de las pacientes que respondieron negativamente, en la 4ª columna se muestra el porcentaje de las pacientes que respondieron a veces y 5ª columna muestra el porcentaje de las pacientes que no respondieron y la última muestra el total de los porcentajes.

Tabla No. 6

Exposición de dudas y su aclaración

Reactivo	SI	NO	A VECES	NO RES- PONDÍO	TOTAL
Le ha expuesto sus dudas al médico	89.7%	5.1%	1.9%	3.3%	100%
El médico le ha aclarado sus dudas	72.9%	2.8%	17.8%	6.5%	100%

Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1993

Como se puede observar en la tabla, el 89.7% de las pacientes ha expuesto sus dudas al médico y sólo a 72.9% el médico la ha aclarado sus dudas, el 5.1% no ha expuesto sus dudas, a 2.8% de las pacientes el médico no se las ha aclarado, el 1.9% sólo a veces expone su dudas, y al 17.8% el médico a veces aclara sus dudas.

15. CAMBIAR MÉDICO

Se preguntó a las pacientes *si querían cambiar de médico* y el 8.4% de ellas sí querían cambiar de médico, 83.2% no querían cambiar y el 8.4% no respondió.

16. RAZONES POR LA CUAL SE QUIERE Y/NO, CAMBIAR DE MÉDICO

Cuando se le preguntó a las pacientes *el por qué querían cambiar de médico* respondieron lo siguiente: el 13.6% del total de las pacientes sí quieren cambiar de médico desglosado de la siguiente manera: 10.9% por que no lo conocen , 0.9% por que le cambian de médico sin avisarle , 0.9% por sentirse insegura por no tener un médico fijo , 0.9% por que el médico la atiende muy rápido .

El 27.2% *no quiere cambiar de médico* porque: le gusta la atención que le brinda , le tiene confianza , la atención es inigualable , personalizada, humana, le da buena atención, el médico es tratable, por ser una buena persona , es un buen doctor , está bien capacitado , ya se acostumbró al médico , porque la ha atendido desde el inicio de su embarazo , por tener la atención requerida , por que su médico tiene experiencia , por no conocer otro médico , por que ya lo conoce , por que la trata bien , por que se siente a gusto y el 59.2% no respondió.

17. COMENTARIO SOBRE LA RELACIÓN QUE SE TIENE CON EL MÉDICO

La última pregunta del rubro que identifica el interés personal y la relación médico paciente fue la siguiente: *De su comentario sobre la relación que usted tiene con su médico* a lo que el 70.7% respondió que la relación con su médico es positiva, el 18.5% de las pacientes mencionó que es una relación negativa y el 10.7% se abstuvo de responder.

El 47.5% mencionó que la relación en general es buena, 10.3% dijo que la relación es de confianza, 2.8% que la relación es amable y cordial, 0.5% es una relación que se presta para el diálogo, 3.4% mencionó que es un excelente doctor, 2.8% respondió que el médico es

amistoso y atento, 0.5% que la relación es satisfactoria, 0.5% de las pacientes se siente a gusto con la relación con su médico, 0.9% dice que la relación es normal, 1% la relación es adecuada, 0.9% adujeron que la relación es estrecha, el 1.4% mencionaron que sin comentarios, 3.3% dijeron que la relación solo es de médico-paciente, 0.5% dijeron que no hay relación, 4.7% respondieron que no hay relación pues el médico es lejano y nunca lo ven, 1.5% mencionaron que la relación solo es la necesaria, 3.3% comentó que la relación es regular, 1% la relación es impersonal, 1.4% mencionaron que el médico debe ser más accesible, 0.9% dijeron que la relación podría ser mejor, 0.5% respondieron que el médico da información limitada y el 10.75% se abstuvo de responder.

Descritas las variables que identifican el interés personal y la relación médico paciente se continuará con el reporte de los *reactivos que identifican las amenidades*.

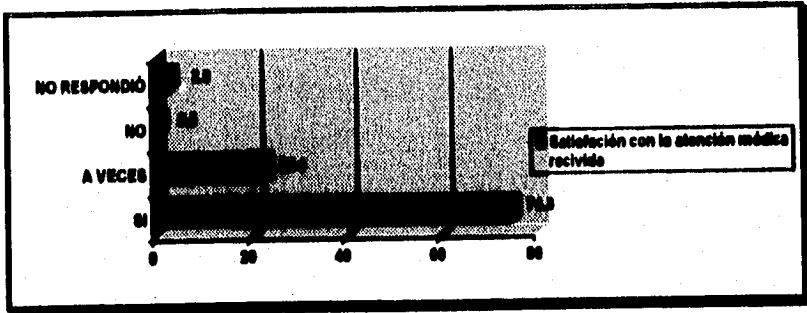
D. AMENIDADES

I. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

En este rubro se preguntó a las pacientes *si se siente satisfecha con la atención médica recibida*, como se puede apreciar en la gráfica No. 13, el 74.3% respondieron sentirse satisfechas con la atención médica recibida, 22.4% sólo a veces se sienten satisfechas con la atención, 0.5% no se encuentran satisfechas y el 2.8% no respondieron.

Gráfica No. 13

Satisfacción con la atención médica recibida



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPw 1995

2. SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN QUE BRINDA EL MÉDICO

Con respecto al reactivo *Se siente satisfecha con la información que le brinda su médico* las pacientes respondieron afirmativamente en un 74.3%, el 18.2% sólo a veces se sienten satisfechos con la atención que les brinda su médico, 4.2% no se encuentran satisfechas con la atención que les brinda su médico y el 3.3% se abstuvo de responder.

3. SATISFACCIÓN CON EL AMBIENTE DEL CONSULTORIO

Al preguntar si *Se siente satisfecha con el ambiente del consultorio* 83.6% respondieron sentirse satisfechas con el ambiente del consultorio, 8.9% sólo a veces se sienten satisfechas, 4.2% no están satisfechas con el ambiente del consultorio y el 3.3% no respondió a la pregunta.

4. COSTO DE LA CONSULTA

Quando se cuestionó a las pacientes si *es accesible el costo de la consulta* el 80.8% mencionaron que la consulta si es accesible, el 0.5% dijeron que sólo a veces es accesible la consulta y el 18.6% no respondió.

5. MÉTODO DE PAGO

Al preguntar a las pacientes si *el método de pago es adecuado* el 83.6% respondieron que es adecuado el método de pago, 11.7% mencionaron que no es adecuado y el 4.7% se abstuvo de responder.

6. UBICACIÓN DEL INSTITUTO

En la pregunta *la ubicación del Instituto es conveniente para usted* las pacientes respondieron lo siguiente: 64% dijeron que la ubicación es conveniente, para el 31.3% de las entrevistadas no es conveniente la ubicación del instituto y el 4.7% no respondieron el reactivo.

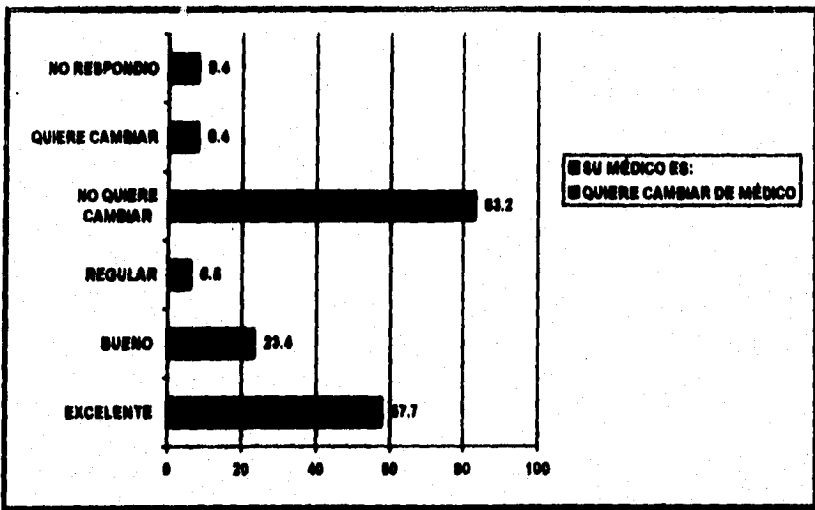
7. TIEMPO DE TOLERANCIA

En el último de los reactivos de este rubro se preguntó a las pacientes si *el tiempo que dan de tolerancia es suficiente* y contestaron lo siguiente 71% mencionaron que los 15 minutos que se dan de tolerancia son suficientes, 22% dijeron que no son suficiente y el 7% de las encuestadas no respondió.

8. OPINIÓN Y CAMBIO DE MÉDICO

Los dos siguientes reactivos que identifican lo que piensan las pacientes de su médico se encuentran representados en la gráfica No. 14, en el primero de ellos se pidió a las pacientes que dijeran si su médico es: excelente, bueno o regular el 57.5% mencionaron es bueno, 23.4% es excelente, 6.5% es regular y el 12.5% no respondieron. En el segundo se les preguntó si querían cambiar de médico encontrándose que el 83.2% no quieren cambiar de médico, 8.4% quieren cambiar de médico y el 8.4% no respondió.

Gráfica No. 14 Opinión sobre el médico y quiere cambiar de médico?



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPw 1995

Finalmente se reportarán los reactivos que identifican: *la atención médica, interés personal o relación médico paciente y las amenidades.*

E. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL INSTITUTO

1. ¿POR QUÉ ELIGIÓ ATENDERSE EN EL INPer?

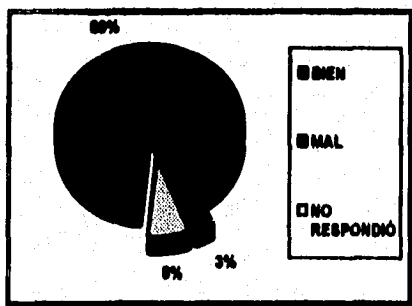
Se preguntó a las pacientes *el por qué eligieron atenderse en el INPer*, encontrando que 56% respondió al reactivo y el 44% no respondió. Las respuestas son las siguientes: 13.6% mencionaron por problemas de embarazo de alto riesgo, 3.7% por ser un hospital de especialidad, 3.3% por recomendación, 1.4% por la atención que brindan, 33% por falta de recursos económicos, 0.5% por no ser derechohabiente, 0.5% por el personal y equipo.

2. ¿CÓMO SE SINTIÓ AL SER ATENDIDA EN EL INPer?

En el reactivo: *Cómo se sintió al ser atendida en el INPer* las pacientes comentaron lo siguiente:

Gráfica No. 15

¿Como se sintió al ser atendida en el INPer?



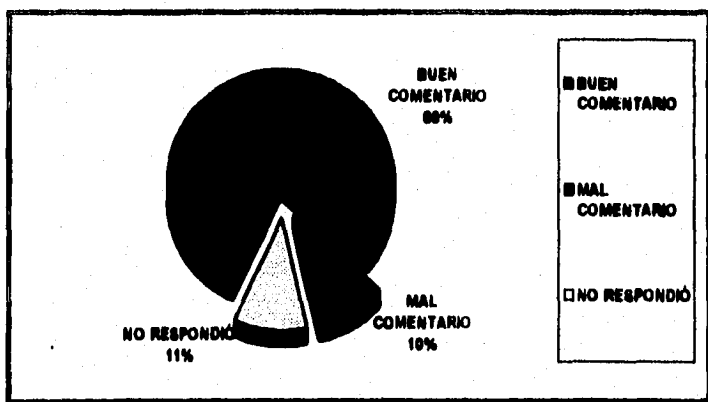
Como se observa en la gráfica No. 15 el 88.4% se sintió bien, 3.5% se sintió mal y el 7.5% omitieron responder. Como se puede observar la moda se localizó en la respuesta donde las pacientes mencionaron que se sienten bien al ser atendidas en el INPer

Calidad de la atención médica en la red de la producción de servicios de salud en el INPer 1997

3. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL INPer

Se pidió a las pacientes que *dieran su comentario sobre la calidad de la atención que reciben en el INPer*. Como se puede apreciar en la gráfica No. 16, el 79.6% emitió un buen comentario, 9.8% externó un comentario no satisfactorio y el 10.7% no respondió.

Gráfica No. 16 Comentario sobre la calidad de la atención



Calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer 1995

Una vez realizado el reporte de los resultados se continuará con el análisis de los mismos.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Las variables demográficas indican que, casi el total de la población son pacientes obstétricas que acuden a consulta externa con los médicos: Ibargüengoitia, León, Calvillo, Mota, Rodríguez, Escobar, Zea, Ortiz, Castillo, Herrerías, Neri, Canales y Espinoza, y son mujeres que se encuentran en edad apropiada para la reproducción según el criterio médico ya que se localizan entre los 20 y principios de los 30 años de edad, si bien, se dieron los casos de pacientes que manifestaron tener entre los 12 y 52 años éstos son aislados y mínimos, lo anterior sugiere que se trata de mujeres con madurez sexual lo cual hace pensar que ello les permitirá procrear y educar a su hijo en ciertas condiciones. Con lo que respecta al nivel de instrucción escolarizada, la moda se localizó en el nivel medio superior no encontrándose analfabetismo. En relación a la atención médica se encontró, que solamente el 3.7% acuden al INPer antes del embarazo y el 14.5% durante las primeras semanas del mismo.

Con lo que respecta al estado civil, la mayoría de las pacientes son casadas, lo que invita a pensar que el hijo al nacer se encontrará probablemente protegido por la ley al integrarse a una familia constituida legalmente; sin embargo existe un número no despreciable de pacientes las cuales son madres solteras, viudas y divorciadas quienes probablemente serán asistidas junto con el recién nacido por la red social, misma que según Infante (1990), se entiende como el conjunto de contactos -formales e informales- como parientes, amigos, vecinos, etc. a través de los cuales, las pacientes mantienen una identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material etc.

Dos terceras partes de la población tiene de 1 a 3 hijos, y una tercera parte de las pacientes, no ha tenido descendencia por lo que esta gestación será su primera experiencia como madres.

El que más de dos terceras partes de la población hayan tenido de 5 a 6 consultas da una cierta certeza con respecto a la opinión que las encuestadas expresaron, ya que las pacientes han estado en contacto con la Institución y su personal durante un periodo mínimo de 5 meses .

En cuanto a la calidad de la atención médica Donabedian (1990) señaló que son los pacientes individual y colectivamente los definidores primarios de lo que significa la calidad, por lo que la investigación tuvo como objetivo tomar en cuenta la opinión de las pacientes, ya que fueron las que recibieron la atención médica, percibieron el interés personal y las amenidades, por ello se les preguntó sobre la calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer.

Para identificar lo mencionado anteriormente se elaboró un instrumento de tipo cuestionario retomando algunas preguntas de las investigaciones de: Aguirre-Gas (1990), Campero Cuenca (1990) y Lane y Kelman (1991) que constó de 63 reactivos, los cuales fueron divididos en datos demográficos y en tres grandes rubros que para su fácil identificación se denominaron de la siguiente manera:

- 1) Atención médica.
- 2) Relación médico paciente e interés personal
- 3) Las amenidades o el ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención.

1) El rubro que identifica la *atención médica* se conformó con 38 reactivos distribuidos en los siguientes rubros:

- a) Historial clínico
- b) Examen físico

- c) Cuidado perinatal
- d) Orientación de signos de alarma y
- e) Actividades diarias durante el embarazo.

2) El rubro que identifica la *relación médico paciente e interés personal* se integró con 22 reactivos distribuidos en los siguientes rubros

- a) Atención en el día de la cita
- b) Atención personalizada
- c) Lenguaje del médico
- d) Opinión sobre el médico tratante
- e) Relación médico paciente
- f) Percepción de atención personalizada

3) El rubro que se refiere a *las amenidades o al ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención* se integró con 9 reactivos distribuidos de la siguiente manera:

- a) Satisfacción con:
 - a1) atención
 - a2) información
 - a3) ambiente del consultorio
 - a4) costo de la consulta
 - a5) método de pago
- b) Conveniencia de la ubicación del Instituto
- c) Opinión sobre:
 - c1) elección del INPer para ser atendida
 - c2) calidad de la atención médica
 - c3) sentir de las pacientes al ser atendidas en el INPer.

Para su evaluación se retomó la investigación de Aguirre-Gas (1990), en la cual se realizaron encuestas de opinión en consulta externa, y el grado de satisfacción de la atención médica se reportó a partir de los porcentajes en los cuales las pacientes mencionaron haber recibido el servicio.

1) *Atención médica.*

Se comenzará con el análisis de las variables que identifican la *atención médica.*

a) *Historial clínico*

Se observó que en la pregunta *valoración del historial clínico o médico* el 87% de las pacientes aceptó que los médicos en el INPer se encuentran al tanto del peso, estatura, estado de salud, fecha última de la menstruación, el tiempo que tardo para embarazarse, de las enfermedades que pudieran dejar secuelas y de las de tendencia familiar entre muchas otras cosas, permitiendo al médico no sólo conocer el diagnóstico, sino dar un tratamiento y sobre todo evitar riesgos o complicaciones durante y al final del embarazo. De las pacientes a las que no se les valoró el historial clínico posiblemente el médico no tiene una idea general de su estado de salud, de la evolución del embarazo y el seguimiento.

El 85% de las pacientes aceptó que el médico preguntó sobre *antecedentes de importancia que repercuten en el embarazo actual*, como pudieran ser antecedentes familiares de diabetes, genéticos, autoinmunes, etc., por lo que pareciera que el médico puede anticipar y prevenir cualquier contratiempo.

El 80% de las encuestadas manifestó que el médico si *valoró su estado de salud.*

Sólo el 58% de las encuestadas en el estudio *son pacientes de alto riesgo*, así lo indican los resultados obtenidos en el rubro donde se localizaron personas con menos de 17 y más de 31 años, con endocrinopatías, embarazo múltiple, antecedentes de sangrado transvaginal, hipertensión, entre otras.

El 54% de las pacientes aceptaron que su médico si les dio *tratamiento para los síntomas que manifestaron en el transcurso del embarazo*, lo cual se puede atribuir a que tal vez no manifestaron molestias, o por lo general si se presentaron fueron de las denominadas menores por Guttmacher (1982) en donde ubica náuseas y vómito que rara vez requieren una medicación específica, o la cardialgia que es una intensa sensación de ardor en el pecho asociada con eructos y pequeñas cantidades de líquido agrio y amargo lo cual se puede remediar con omitir en la dieta alimentos "pesados", así como el hecho de comer menos y mas lento, o como las constipaciones, salivación excesiva, fétulancia, hemorroides, varices, hinchazón de los tobillos y las piernas, debido a la acumulación de agua en las partes bajas del cuerpo entre otras.

El 52% de las pacientes, *ingresaron al INPer para recibir atención médica* antes de embarazarse y durante la primera y doceava semanas del embarazo, lo anterior permitió que a las pacientes se les asignara un médico tratante el cual tuviera un conocimiento desde el inicio del evento obstétrico y promoviera la existencia de una relación médico paciente de confianza. En cuanto a las pacientes que acudieron al INPer a mediados o fines de su embarazo también se les asignó un médico tratante, es notorio, que "la mayoría de los obstetras prefieren examinar a sus pacientes al principio del embarazo" como lo menciona Guttmacher (1991), para tener un mejor seguimiento, lo anterior habla del interés del Instituto por brindar atención médica oportuna a sus pacientes.

El 41% de las pacientes si *planeó su embarazo*, las personas que respondieron que el embarazo no era planeado a pesar de que la pregunta era cerrada agregaban que el hijo "no era planeado, pero sí deseado" o "no era planeado, pero bienvenido".

Para 43% de la población encuestada su embarazo actual es el primero, muchos matrimonios consideran que el tener hijos es un logro **significativo** que brinda la **satisfacción** de formar un hogar. El deseo de tener hijos se ve también estimulado por los contactos sociales y por el propósito de reanudar la clase de relación familiar que la mayor parte de las personas han disfrutado.

Para un 40% de las pacientes *el intervalo de tiempo entre el embarazo actual y el anterior* fue de 1 a 3 años permitiendo que la madre conserve un alto nivel de salud física y mental con el fin de atender adecuadamente a su familia, sin embargo el espaciamiento de los embarazos debe depender de los deseos de los padres, muchos consideran que es mejor dejar transcurrir de 2 a 3 años, otros no desean que pase demasiado tiempo entre un hijo y otro debido a que esto hace más difícil que los niños compartan intereses comunes. (Kenneth, 1982). Es pertinente aclarar que médicamente los periodos intergestacionales menores o iguales a 2 años no permiten la recuperación íntegra y de salud óptima de la madre.

b) *Examen físico*

Dentro de la atención médica el *examen físico* fue un aspecto de **primordial importancia**, a este respecto, se encontró que el 78% de las pacientes encuestadas aceptó que sí se les efectuó este examen.

Para que el médico conociera el estado global de salud de la paciente fue necesario que se efectuaran una serie de pruebas al 88% de las pacientes se les realizó el examen de *orina*, al

84% se le *tipificó su grupo sanguíneo*, al 84% se le realizó *examen ginecológico*, y al 77% *química sanguínea*. Lo anterior es trascendente pues da pauta al médico tratante para que pueda emitir un diagnóstico, conocer el estado general de salud de la madre y por ende el desarrollo del feto así como las condiciones físicas exactas de la paciente de manera que pueda juzgar sus capacidades para resistir los esfuerzos del embarazo, del trabajo de parto y en caso de que surja una complicación resolverlo con el máximo de conocimiento y riesgo .

Se identificó que al 65% de las pacientes se le realizó el *examen de VDRL o sífilis*, lo anterior se efectúa para prevenir infecciones en el neonato y sólo al 44% de las encuestadas se le practicó el *papanicolaou* antes del embarazo, esto se comprende ya que sólo una parte de la población planeó su embarazo

En cuanto al control o *registro rutinario* de ciertos factores para conocer la evolución del embarazo así como la salud de la madre y el feto, se encontró que al 92% de las pacientes se les registró el *peso*, a 85% el *aumento en el fondo uterino*, a 74% la *frecuencia cardiaca fetal*, a 72% la *frecuencia cardiaca de la madre*, al 50% se le registró la *altura* y al 52% se le registró el *régimen dietético*, este registro rutinario es importante ya que de esta manera se tiene el conocimiento necesario sobre la evolución del embarazo.

Para finalizar este apartado denominado examen físico se mencionará que al 82% de las pacientes se les efectuó el *ultrasonido* y al 33% de ellas se les realizó la *monitorización* este porcentaje se puede atribuir a que sólo se practica en el parto y durante el trabajo de parto. Gerard (1987) mencionó que la mayoría de los Tocólogos se sentirían incómodos si tuvieran que manejar pacientes de alto riesgo sin la información ultrasónica ya que este determina la edad fetal midiendo el diámetro biparental, la localización de la placenta, el diagnóstico del embarazo múltiple entre otros y es útil para monitorear el crecimiento fetal así como diagnosticar malformaciones congénitas, además de ser el principal recurso para hacer diagnósticos en obstetricia.

c) *Cuidado perinatal*

En cuanto al *cuidado perinatal* se observó que al 83% de las pacientes se les dio *información sobre su estado de salud*, al 75% se les dieron *los resultados de sus exámenes* y sólo al 69% se les informó sobre los hallazgos de su *exploración*. Lo anterior indica que el médico mantiene informadas aproximadamente a dos terceras partes de las pacientes sobre su estado de salud y los resultados de los exámenes, en cuanto a los hallazgos descubiertos durante la exploración, se observó que un tercera parte de las pacientes no tiene información al respecto.

d) *Orientación sobre los signos de alarma*

Con respecto a la *orientación que el médico brinda a la madre sobre los signos de alarma*, al 78% de las pacientes si se les orientó sobre el *sangrado*, al 74% se le habló sobre las *contracciones*, a un 71% se le habló sobre el *escurrimiento*, y sólo al 69% de las pacientes se les comentó sobre la importancia que tiene la *falta de movimiento del bebé*. Esto sugiere que una tercera parte aproximadamente de las entrevistadas no fue orientada sobre los signos de alarma, si a esto se agrega que por lo menos la mitad de la población es de alto riesgo y es su primera experiencia como madres, tener presente los signos de alarma pueden evitar consecuencias graves a la madre y al producto, así como preservar la salud y el buen desarrollo del feto.

Cuando el médico descubre en el examen físico que la mujer tiene pelvis estrecha y recomienda que el parto se efectúe por medio de una cesárea ya que de no efectuarse de esta manera surgirían complicaciones tanto para la madre como para el producto se da

información especial a la paciente, a este respecto se encontró que el 41% de las encuestadas aceptaron que se les dio *orientación sobre el trabajo de parto o cesárea* después de que el médico valoró el historial clínico y el examen físico de la paciente.

e) *Actividades diarias durante el embarazo.*

Es común que las mujeres embarazadas tengan dudas sobre las *actividades* que puede realizar *durante el embarazo* es por esto que el médico con el fin de tranquilizar y despejar estas dudas dio orientación sobre este tema en esta encuesta se encontró que al 52% de las pacientes si se les informó sobre la *dieta*, a 41% sobre el *sueño*, a 34% sobre los *ejercicios* que puede realizar durante el embarazo, a un 33% acerca de el *baño* o la higiene que debe seguir, al 25% sobre el *empleo o trabajo* que desempeña y a un 24% de las pacientes se les sugirió sobre *los viajes* esto es relevante ya que es importante que se de este tipo de orientación a las pacientes, ya que como se mencionó anteriormente, para una parte de ellas esta es su primera experiencia como madres y suelen surgir dudas, los médicos recomiendan ampliamente el ejercicio. En cuanto al empleo de la madre mencionan que no existe razón para dejarlo, puesto que se ha observado que si una mujer disfruta de su labor se encuentra mejor física y psicológicamente, sin embargo aconsejan que durante los últimos tres meses del embarazo se acorten las jornadas de trabajo.

En cuanto a los viajes durante el embarazo mencionan que el aborto o el trabajo de parto pueden comenzar en cualquier día o momento y si la mujer se encuentra viajando durante alguna de estas dos emergencias o situación que son alarmantes puede resultar inconveniente. Con respecto al sueño y descanso mencionan que al principio del embarazo, la mujer necesita una cantidad de sueño específicamente grande, ya que entre la semana 12 y

la 17, y los últimos meses se caracterizan por el insomnio, principalmente debido a la dificultad de encontrar una posición cómoda para dormir.

En cuanto al baño e higiene personal se debe realizar como se acostumbraba normalmente; con respecto al peso, mencionan que un aumento insuficiente o excesivo de peso es nocivo, particularmente para el bebé, además cuando la dieta prenatal es adecuada, (Guttmacher, 1982) menciona que los obstetras especialistas en nutrición no ven la necesidad de proporcionar complementos vitamínicos o calcio por otro lado, si por alguna razón existiera duda sobre lo adecuado de la dieta estos suplementos alimenticios no representan algún daño.

Es común que las mujeres embarazadas tengan dudas sobre las *actividades* que pueden realizar *durante el embarazo*, es por eso que el médico con el fin de tranquilizar y despejar estas dudas dio orientación sobre este tema.

2) *Relación médico-paciente e interés personal.*

a) *Atención en el día de la cita.*

Al 94% de las pacientes sí se le ha proporcionado la atención en las fechas en las que se le otorgó su cita, al 82% de ellas nunca le han cancelado consultas, y el 78% respondió que acudieron a todas sus citas, con lo anterior se puede observar que existió oportunidad en el control de citas puesto que a las pacientes se les brindó la atención en la fecha señalada para ello, no le fueron canceladas citas y las pacientes acuden para recibir atención.

Al aplicar el instrumento se observó que generalmente las pacientes obstétricas esperan para recibir atención de 30 minutos a 1 hora afuera del consultorio de pie y en un pasillo estrecho en donde no hay suficiente ventilación, al esperar este tiempo en esa posición tan incómoda para su estado, es posible que se presenten molestias como la linchazón de las piernas y los tobillos entre otras, a este respecto el 78% de las pacientes mencionó que *el tiempo que habitualmente esperan para recibir su consulta* después de la hora señalada para ellos es de 30 minutos a 1 hora aproximadamente y el 71% de ellas *creen que el tiempo que dan de tolerancia si es suficiente*.

Se observó que el tiempo de tolerancia de 15 minutos que se les da a las pacientes no es equitativo comparado con el tiempo que tienen que esperar las pacientes para recibir atención.

b) Atención personalizada

Se sabe por lo anteriormente reportado que a las pacientes se les atiende en las fechas programadas, sin embargo se observó, que sólo la mitad de la población fue atendida por su médico tratante y un porcentaje mayor fue atendida por otro médico que no era el asignado, Guttmacher (1982), mencionó que la mayoría de los obstetras prefieren examinar a sus pacientes al principio del embarazo, o de dos a tres semanas después de la ausencia del primer periodo menstrual, para que haya un seguimiento así como una familiarización del caso, en el momento en que la paciente es atendida por otro médico que no es su médico tratante, se pierde la continuidad y esto lo mencionan también las pacientes en el instrumento - "el médico no me conoce y no sabe como va mi embarazo"- , - "no hay continuidad por el cambio de médico"-, - "el médico tratante no se pone de acuerdo con el residente, pues cada vez que me atiende uno u otro me dicen cosas diferentes"-.

En cuanto a las razones dadas por las encuestadas con respecto al por qué no fueron atendidas por su médico tratante se encontró, que la mayoría no respondió al reactivo, de las que si lo respondieron, dijeron que por que "el médico se encontraba en: 'el quirófano', 'dando clase', 'curso', 'en piso', 'urgencias', 'en una junta', 'vacaciones', 'exceso de trabajo', 'incapacidad o por que ya no labora en el INPer'.

El 59% de las pacientes respondieron que *su médico tratante las ha atendido* de 0 a 5 veces, el 85% de ellas *fueron atendidas por otro médico que no era el suyo*, el mismo número de ocasiones, el 59% *recibieron atención por otro médico o el médico residente*, y sólo al 62% se le informó *el motivo de no haber sido atendidas* por su médico tratante. Es pertinente aclarar que este resultado podría deberse a que las pacientes obstétricas, no son atendidas siempre por el mismo médico ya que en el Instituto los facultativos son rotados cada seis meses a diferentes departamentos como son: el servicio de quirófano, consulta externa, o cambio de piso.

c) *Lenguaje del médico.*

La comunicación es importante como una condición del interés personal, el médico debe estar dispuesto a oír, contestar preguntas y dar explicaciones, concediendo a ello todo el tiempo necesario, el paciente espera ser tratado con cortesía y respeto, como una persona capaz de hacer elecciones inteligentes siempre que el médico explique las opciones, (Donabedian, 1990) es necesario que el lenguaje sea entendible y claro como se menciona en el manual de atención básica para que no existan barreras en el idioma que puedan hacer imposible la atención médica.

El 81% de las pacientes mencionó que *en términos generales el lenguaje de su médico fue entendible*, el 44% de ellas respondieron que *el médico proporcionó el diagnóstico con*

términos médicos y a un 69% se les dio una explicación del mismo, el 90% expuso sus dudas y sólo a un 73% de ellas el médico se las aclaró, pareciera que los médicos que atendieron a las pacientes de consulta externa, trataron de dar una explicación a las pacientes sobre su estado de salud, sin embargo; al 2.8% de las pacientes sintieron que el médico no aclaró sus dudas.

d) Opinión sobre el médico tratante.

El 81% de ellas opinó que su médico tratante es bueno o excelente, el 75% de las pacientes mencionó que el médico sí se presentó el día de la primera cita, el 83% no quiere cambiar de médico, el 27% dio una razón positiva por lo cual no quiere cambiar de médico, y el 14% dio una razón negativa por la cual sí quiere cambiar de médico.

La opinión que tiene la mayoría de las pacientes sobre su médico es buena pues si se presentó con ellas desde el primer día de la cita, y no lo quieren cambiar porque es: "bueno", "humano", "buena persona", "tratable", "tiene experiencia", "está bien capacitado", por "haberla tratado desde el inicio del embarazo" y por "que les da la atención requerida", sin embargo, hay otras pacientes que opinan que no cambian por "no conocer otro médico", "temor de que se pierda el seguimiento" o porque simplemente "ya lo conocen", agregan que la "relación con su médico es positiva y que la atención es personalizada".

En cuanto a las pacientes que sí quieren cambiar de médico mencionaron: que "no conocen al médico tratante, pues en el carnet aparece el nombre de otro que no corresponde al que con regularidad le atiende", que "le cambian de médico sin previo aviso", que "el médico tiene tanta gente que le da consulta muy rápido y no aclara sus dudas", que "da información limitada", o "se siente insegura por no tener un médico fijo".

c) Relación médico paciente

El 71% de las pacientes que emitieron un *comentario positivo sobre la relación que tuvo con su médico* mencionaron que el médico es: en general "bueno", "le tienen confianza", "amable", "cordial", "se presta para el diálogo", "es accesible", "se pueden comunicar" y "le interesa el seguimiento de caso".

En cuanto al 19% de las mujeres encuestadas que expresaron su insatisfacción sobre la relación médico paciente, se encontró que: "no tenían comentarios sobre esta", "sólo existe una relación médico paciente", "no hay relación", "el médico es lejano", "nunca lo ven", "ni siquiera lo conocen", "la comunicación establecida es sólo la necesaria", "es impersonal", "al cambiarle de médico esta se pierde pues cuando se está acoplando a él ya le cambiaron nuevamente de médico", "el médico debería de ser más accesible y amable" sugieren que "no atiende a tanta gente para que la consulta sea con más calma, sin prisa y de esa forma sea más accesible y amable".

f) Percepción de atención personalizada

El 72% de las pacientes respondió que *percibió que la atención sí fue personalizada*, algunas pacientes confían principalmente en indicadores que son también una prueba de interés personal, como el respeto por las habilidades del paciente para dar información, atención, reflexión, entereza, minuciosidad para obtener la historia clínica de la paciente y hacer su examen físico, que dedique tiempo, que sea cuidadoso pues a la gente le disgusta que el médico sea brusco o precipitado, trate a la paciente de carrera o la haga entrar o salir a todo aprisa del consultorio, coincidiendo con lo que Donabedian (1990) menciona.

3) *Amenidades o ambiente físico en que se desarrolla el proceso de atención*

a) *Satisfacción*

El 84% de las pacientes encuestadas: expresó sentirse satisfecha con *el ambiente del consultorio*, el 84% mencionó que *el método de pago sí es adecuado*, 81% respondió que estuvo satisfecha con *el costo de la consulta*, el 74% de las pacientes manifestó que sí se *sintieron satisfechas con la atención recibida* y el 74% de ellas expresaron *sentirse a gusto con la información que le proporcionó el médico*.

Se observó que más de dos terceras partes de la población expresó sentirse satisfecha con el ambiente del consultorio, método de pago, costo de la consulta, con la atención que recibió y la información que le brindó el médico.

b) *Conveniencia de la ubicación del Instituto.*

El Instituto Nacional de Perinatología se encuentra ubicado al poniente de la ciudad de México, D.F. en Montes Urales núm. 800 Col. Lomas de Virreyes, en la Delegación Miguel Hidalgo, al cual acuden mujeres con embarazo de riesgo elevado de toda la zona metropolitana, estado de México, interior de la República y algunas pacientes que vienen del extranjero, sin embargo, sólo un 64% de las pacientes mencionó *estar de acuerdo con la ubicación del INPer*.

c) Opinión que tienen las pacientes sobre la calidad de la atención médica

El 88% de las pacientes expresó haberse *sentido bien al ser atendida en el INPer*, el 80% de las pacientes dieron un *comentario positivo sobre la calidad de la atención médica* y el 56% mencionó el *por qué eligió atenderse en el Instituto*.

Como se observó la mayoría de las pacientes expresaron sentirse bien al ser atendidas en el Instituto comentaron encontrarse: "bien", "seguras", "a gusto", "satisfechas", "tranquilas", "con confianza", "conformes", "contentas", "bien con la atención pues lo hacen de maravilla", "bien por la atención pues agrada el trato y la asistencia", otras pacientes expresaron que "esperaban algo mejor" y que "se encontraban preocupadas".

En cuanto a la calidad de la atención dos terceras partes de la población expresaron un comentario positivo por ejemplo: "excelente e insuperable", "buena calidad" "insuperable", "lo mejor", "todo el personal le tiene cuidado a las pacientes", "la calidad es buena pero las señoritas de recepción son déspotas y groseras", "buena calidad pero la demanda sobrepasa la capacidad de atención", y una tercera parte de la población expresó: "no existe suficiente control en los horarios", "la atención a las pacientes es insuficiente" "la clasificación que designan es elevada", "la calidad es regular pues las señoritas de recepción son déspotas y groseras", "No hay suficiente material para realizar los estudios", "el pasillo es muy estrecho", "los baños no son suficientes y no tienen higiene", y con respecto a el ¿por qué eligieron atenderse en el INPer? Mencionaron lo siguiente: "por tener un embarazo de alto riesgo", "por ser un hospital de especialidad", "por recomendación", "por la atención que brindan", "por falta de recursos económicos", "por no ser derechohabiente" y "por el personal y equipo".

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Una vez realizado el presente estudio que fue exploratorio, de campo y transversal se concluye que el objetivo general y los objetivos específicos *si se alcanzaron* ya que se identificó que *'existe suficiente calidad de la atención médica'* en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer lo anterior se basa en lo siguiente:

Para llegar a la conclusión de que existe una "suficiente calidad" de la atención médica, se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

- A la calidad de la atención médica se le dividió en 3 rubros: 1 Atención médica, 2 relación médico paciente y 3 amenidades o ambiente físico.
- Cada uno de los tres rubros anteriores, fue subdividido a su vez, así se tuvo que:
 - Atención médica se conformó con: historial clínico, examen físico, cuidado prenatal, orientación sobre los signos de alarma y actividades diarias durante el embarazo.
 - Relación médico paciente se conformó con: atención en el día de la cita, atención personalizada, lenguaje del médico, opinión sobre el médico tratante, relación médico paciente y percepción de la atención personalizada.
 - Amenidades o ambiente físico se conformó con: satisfacción, conveniencia de la ubicación del instituto, opinión sobre la calidad de la atención médica, sentir del paciente al ser atendido en el INPer y el por qué eligió atenderse en la Institución.

El promedio del apartado se obtuvo en base al porcentaje encontrado como resultado de la entrevista, para cada uno de esos aspectos.

Así se tuvo que en la *atención médica* se encontraron los siguientes resultados: '*Historial clínico*' 67%, '*examen físico*' 72%, '*cuidado perinatal*' 70%, '*orientación sobre los signos de alarma*' 66%, y las '*actividades diarias durante el embarazo*' 34%, con un promedio de 61.8%.

El porcentaje más alto de este rubro denominado *atención médica* se dio en el apartado '*examen físico*' específicamente en el reactivo '*registro rutinario de peso*' donde el 90% de las pacientes aceptaron que la actividad fue ejecutada, lo que indica que a la mayoría de las pacientes que acuden al INPer para recibir consulta se les pesa con regularidad. El porcentaje más bajo registrado se dio en el apartado '*actividades diarias durante el embarazo*' en el reactivo '*consejos sobre los viajes*' en el cual sólo el 23.8% de las pacientes aceptaron que se les orientó sobre este tópico.

En la *relación médico paciente* se encontró que: El 80% de las pacientes entrevistadas aceptó que fueron '*atendidas el día de la cita*', el 81% aceptó que el '*lenguaje del médico*' es claro y lo entiende, el 71% de las pacientes emitió un comentario favorable sobre la '*relación médico paciente*' entre ellos destacan la confianza, comunicación, accesibilidad e interés, el 69% de las pacientes sí percibe tener '*atención personalizada*' por parte de su médico, el 56% emitió una '*opinión sobre el médico tratante*' sobresaliendo los comentarios de que su médico es bueno, tratable, tiene experiencia, está bien capacitado, es excelente, con un promedio de 69.4%

El porcentaje más alto de este rubro denominado *relación médico paciente* se dio en el apartado '*atención en el día de la cita*' aspecto que se integró por: la atención en la fecha de la cita, número de citas canceladas, número de citas a las cuales acudieron las pacientes,

tiempo de espera después de la hora de su cita, si el tiempo de tolerancia es suficiente, y el reactivo con mayor porcentaje fue '*¿se le atendió el día de la cita?*' donde el 94% de las pacientes mencionaron haber sido atendidas el día de la cita, el porcentaje más bajo de este apartado se dio en el reactivo '*¿se le dio el diagnóstico con términos médicos?*' en donde el 44% de las pacientes aceptó que el doctor le dio el diagnóstico de manera confusa.

Las *amenidades o ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención* se conformó de cinco apartados los cuales observaron los siguientes porcentajes: El 88% de las pacientes '*opinaron sobre el sentir al ser atendidas en el INPer*', 80% '*opinó sobre la calidad de la atención médica*', 71% de las pacientes tuvieron '*satisfacción*' con el ambiente del consultorio, el método de pago, costo de la consulta, atención recibida y la información, 64% de las pacientes mencionaron que sí es '*conveniente la ubicación del Instituto* y sólo el 56% mencionaron '*¿el por qué eligieron atenderse en la Institución?*', y el promedio fue del 71.8%.

El porcentaje más alto de este rubro denominado *amenidades o ambiente físico* se dio en el reactivo '*¿cómo se sintió al ser atendida en el INPer?*' donde el 88% de las pacientes mencionaron sentirse bien, seguras, a gusto, tranquilas, con confianza, etc. y el porcentaje más bajo se presentó en el reactivo '*¿por qué eligió atenderse en el INPer?*' donde el 56% de las pacientes respondieron que eligieron atenderse en el Instituto por ser un hospital de especialidad, por recomendación, por la atención que brindan, por el personal y equipo, por no ser derechohabiente, etc.

Como puede observarse, es en la '*relación médico paciente*' en donde se obtuvo el mayor porcentaje en comparación con el rubro de '*atención médica*', y '*amenidades*'; sin embargo éste es bajo, en razón de lo cual se concluyó que **existe suficiente calidad de la atención médica, en la relación paciente con su médico, de esta muestra aplicada en el INPer.**

Es necesario decir que en este estudio se ha tenido una aproximación a la medición de la calidad de la atención médica, basada fundamentalmente en Aguirre Gas (1990) y no olvidar que existen otras formas de acercamiento que bien valdría la pena poner en práctica como lo es la técnica de Ruiz de Chávez (1990).

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS.

- ⇒ Se sugiere que el Instituto replique el estudio, en cuanto a la hoja de valoración y aceptación de pacientes de alto riesgo, y en caso de que sus resultados sean semejantes a los obtenidos en esta investigación, ver la posibilidad de modificarla, tomando en cuenta los padecimientos mencionados por las pacientes en esta investigación y la replica.
- ⇒ Informar a todas y cada una de las pacientes los resultados de los exámenes practicados y los hallazgos encontrados en su exploración física.
- ⇒ Orientar al total de las pacientes obstétricas sobre los signos de alarma como son: el sangrado, las contracciones, escurrimiento y la falta de movimiento del bebé.
- ⇒ Explicar a todas las pacientes respecto de la evolución del embarazo y la resolución del mismo.
- ⇒ Proporcionar información al 100% de las pacientes sobre la diferencia de ultrasonido y monitorización.
- ⇒ Informar ampliamente a la paciente sobre los resultados del ultrasonido cuando este se le haya efectuado.
- ⇒ Brindar información adecuada a las pacientes sobre las actividades diarias durante el embarazo como son: dieta, viajes, sueño, ejercicio, baño y el empleo.
- ⇒ Que el tiempo que esperan las pacientes para recibir atención después de la hora citada no exceda los quince minutos como el tiempo de tolerancia.
- ⇒ Que los médicos tratantes atiendan personalmente a las pacientes durante todo el evento obstétrico.
- ⇒ Dar al total de las pacientes el diagnóstico con una explicación del mismo.
- ⇒ Aclarar en su totalidad las dudas que exponen las pacientes
- ⇒ Mejorar y ampliar la información que se le da a las pacientes

- ⇒ Buscar alternativas que permitan mejorar la relación médico-paciente a fin de incrementar la atención personalizada.
- ⇒ Que el Trabajador Social como integrante del equipo inter y/o multidisciplinario de salud contribuya en la atención integral de las pacientes por medio del conocimiento obtenido de investigaciones realizadas como la presente.
- ⇒ Una de las características de Trabajo Social es la búsqueda y promoción de alternativas de solución a los problemas, en el caso de desempeñarse en el departamento de evaluación médica correspondería llevar a cabo poder realizar las actividades siguientes:

Formar parte de un equipo multidisciplinario encaminado a la evaluación de la calidad de atención médica en el departamento correspondiente en el INPer, realizando las siguientes actividades dentro del proceso de investigación como son:

- * El diseño de protocolos de investigación para la evaluación de calidad
- * Aplicación de la metodología de la investigación cuyo procedimiento implica la realización de:
 - Definición conceptual de la problemática a estudiar
 - Plantear el problema
 - Destacar la relevancia del problema
 - Definir objetivos general y específicos
 - Planteamiento de hipótesis
 - Definición de tipo de estudio y seguir el estudio a realizar
 - Identificación de variables
 - Definición conceptual y operacionalización de variables
 - Determinación de la muestra
 - Criterios de inclusión y exclusión
 - Creación de instrumento acorde a las necesidades del estudio en caso de no haber uno y tomando en cuenta los anteriores
 - Aplicación del instrumento
 - Definición de la estadística a estudiar de acuerdo al estudio así como de otras posibilidades de análisis
 - Reporte de resultados
 - Análisis de resultados
 - Conclusiones
 - Plantear alternativas y propuestas de solución a los problemas.

- ⇒ Continuar con este estudio, pero ahora dirigido a todo el equipo de trabajo en el área médica del INPer, a fin de conocer cuál es la calidad que brinda por ejemplo la Trabajadora Social, las Enfermeras, las y los Psicólogo, las Recepcionistas, etc.
- ⇒ Construir un instrumento para el INPer basado en Ruiz de Chávez (1990), por lo que se requiere de una Trabajadora Social de tiempo completo o asignado a ello.
- ⇒ Mejorar la atención que brindan los médicos a las pacientes

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre-Gas, H.

Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas.

Revista de Salud Pública, México, 1990, Vol. 32, Núm. 2.

Briones, Guillermo.

Métodos y técnicas de investigación para Ciencias Sociales

Editorial Trillas, México, 1992.

Campero Cuenca, Lourdes.

Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa:

El caso de Oaxaca México. Revista de Salud Pública, México,

1990, Vol. 32, Núm. 2.

Castelazo Morales, Ernesto.

Memoria Instituto Nacional de Perinatología

1983 -1988 Recopilación.

Editorial INPer, México, 1988.

Creasy, Robertk, Robert, Resnik.

Medicina Maternal Fetal, Principios y práctica.

Editorial Médica Panamericana

Buenos Aires, Argentina, 1987.

Doland.

Diccionario de Ciencias Médicas.

Editorial El Ateneo, 7a. edición,

México, 1981.

Diccionario Castellano Ilustrado.

Fernández Editores, 2a. impresión ,

México, 1960.

Diccionario de Ciencias Médicas Porland.
Editorial El Ateneo 7a. edición,
México, 1981.

Diccionario Básico del Español de México.
El Colegio de México, 1a. edición,
México, 1986.

Diccionario Pequeño Larousse de la Lengua Española.
Editorial Larousse, 4a. edición,
México, 1982.

Diccionario de la Lengua Española.
Real Academia Española, vigésima primera edición, tomo I, II.
Madrid, 1992.

Diccionario de Sinónimos y Antónimos Castellanos.
Editorial Concepto, 2a. edición,
México, 1983.

Diccionario.
Complicaciones médicas durante el embarazo,
Gerard N. Burrow, Thomas F. Ferris,
Editorial Médica Panamericana, 29 edición,
México, 1989.

Diccionario.
Español sinónimos y antónimos Sains,
2a. edición,
México, 1983.

Donabedian, Avedis.
La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación,
Ediciones científicas. La Prensa médica Mexicana, 1a. reimpresión,
México, 1991.

Donabedian, Avedis.

**La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad,
Revista de Salud Pública, México, 1990, Vol. 32, Núm. 2.**

Guttmacher Alan F.

**Tu hijo antes de nacer riesgos y cuidados del embarazo,
Editorial Pax Méx. la reimpresión,
México, 1982.**

Infante Castañeda C.

**Utilización de servicios de atención perinatal,
influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda,
Salud Pública de México 1990.**

Instituto Nacional de Perinatología.

**Manual de Organización del INPer,
Subdirección de Administración, Departamento de la Organización y
modernización administrativa,
México, 1988.**

Instituto Nacional de Perinatología.

**Normas y procedimientos de investigación,
subdirección general de investigación,
México, 1982.**

Instituto Nacional de Perinatología. Memoria.

**Segunda reunión anual. Curso Trabajo Social y su acción en Perinatología,
INPer. México, 1985.**

Jasis Mónica.

**Perfil de opinión y uso de servicios de salud materno-infantil en Tijuana,
Revista de Salud Pública, 1987.**

Kerlinger, Fred.
Investigación del comportamiento, técnicas y metodología,
Editorial Interamericana,
México, 1975.

Kenneth, L. Jones y Louis, W. Stainberg.
Matrimonio sexo y reproducción,
Editorial Pax Méx., Librería Carlos Cesarman,
1a. Reimpresión,
México, 1982.

Ley General de Salud.
Editorial Porrúa,
México, 1995.

Méndez Ramírez, Ignacio.
El protocolo de investigación, lineamientos para
su elaboración y análisis,
Editorial Trillas,
México, 1990.

Peter, M. Pritchard.
Manual de atención básica: Su naturaleza y organización,
Serie manuales básicos y estudios,
México, 1982.

Pick, Susan y López, Ana.
Cómo investigar en ciencias sociales,
Editorial Trillas,
México, 1984.

Rojas Soriano Raúl.
Guía para realizar Investigaciones Sociales,
UNAM, 1979.

Ruelas, Barajas Enrique.
Trabajo de Ingreso a la Academia Nacional de Medicina,
Sobre la Garantía de Calidad conceptos, acciones, reflexiones,
México, 1988.

Ruelas, Barajas Enrique, Vidal, Pineda LM.
Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos
en la calidad de la atención médica. Revista de Salud Pública México,
1990, Vol. 32 Núm. 2.

Ruelas Barajas E, et al.
Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la
atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología,
Revista de Salud Pública México, 1990. Vol. 32 Núm. 2.

Ruiz de Chávez, Manuel, et. al.
Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud
Revista de Salud Pública México, 1990. Vol. 32 Núm. 2.

Ralph, C. Benson.
Manual de Ginecología y obstetricia,
Editorial El Manual Moderno, 6a. edición,
México, 1981.

Schmelkes, Corina.
Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (tesis),
Colección de Textos Universitarios,
México, 1988.

Selliz, Claire et. al.
Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales,
Editorial Rialp, S.A. 9a. edición,
Madrid, 1989.

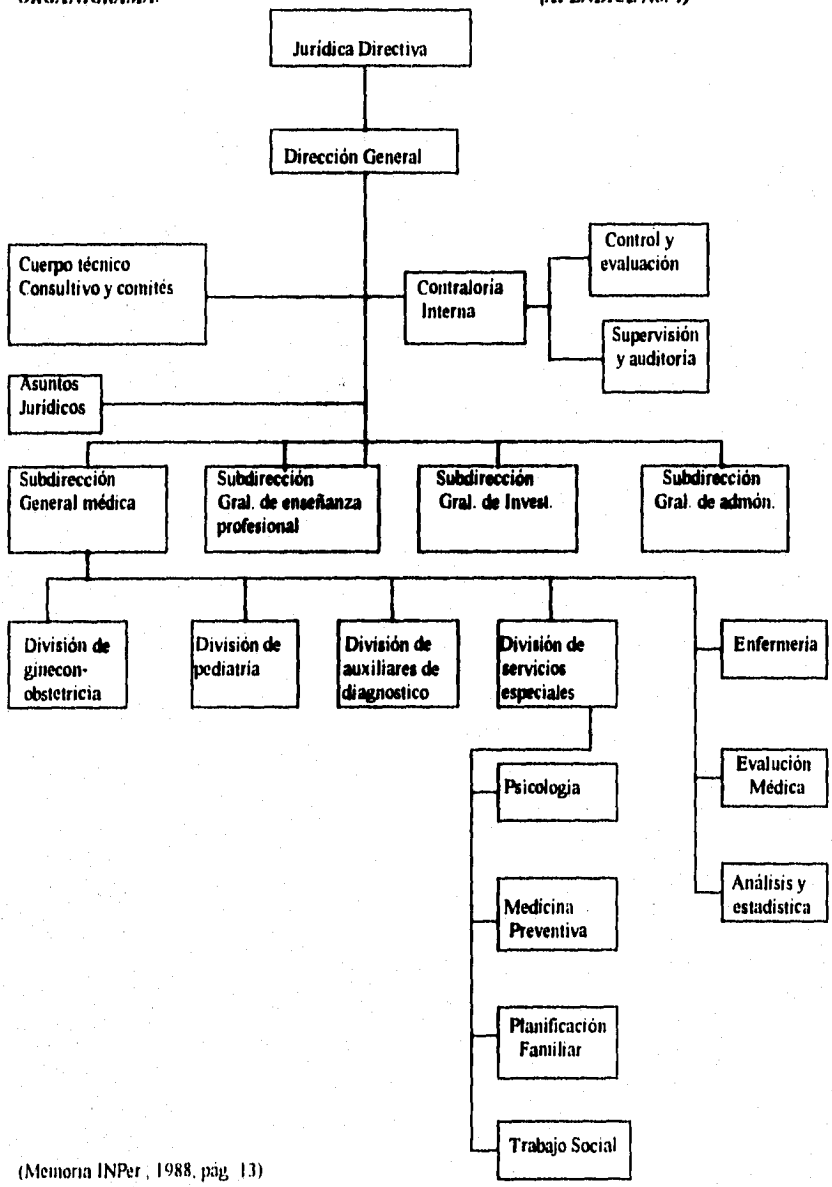
Visauta, V. Bienvenido.
Técnicas de Investigación Social,
Editorial PPU. S.A.,
Barcelona, 1989.

Wayne W. Daniel.
Bases para el análisis de las Ciencias Sociales,
Editorial Limusa,
México, 1990.

APENDICES

ORGANIGRAMA.

(APENDICE No. 1)



(Memoria INPer, 1988, pág. 13)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Agradecemos su apoyo y generosidad por darnos el tiempo preciso para responder a este cuestionario, el resultado servirá para conocer la calidad de la atención médica en la relación de la paciente obstétrica de consulta externa con su médico en el INPer.

INSTRUCCIONES:

Conteste a las preguntas lo más sinceramente posible, marque con una X el paréntesis que contesta a la pregunta que se le esta haciendo, ponga dentro del paréntesis el número que corresponda a la respuesta correcta, o escriba en la línea cuando así se requiera.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: ()

- 1) Primaria completa 3) Secundaria completa 5) Preparatoria completa 7) Otro
2) Primaria incompleta 4) Secundaria incompleta 6) Preparatoria incompleta

Número de hijos: _____

Tipo de consulta: _____ Número de consulta: _____

Nombre del médico tratante: _____

VARIABLES QUE IDENTIFICAN LA ATENCIÓN MÉDICA.

¿A qué semana o mes del embarazo ingreso al INPer. para recibir atención médica? _____

¿Su embarazo fue? : () 1) Planeado 2) No planeado

¿Que intervalo de tiempo dejó entre el embarazo actual y el anterior?:

() 2 meses a 9 meses () 1 año () 2 años () más de 3 años.

Identificación de factores sociodemográficos que indiquen embarazo de alto riesgo: ()

- 1) Madre soltera 4) Multipara 6) Otro
 2) Embarazo adolescente 5) Primigesta añosa. Cuál _____
 3) Identificación de madre o padre adicto a drogas.

	SI	NO
Su médico preguntó antecedentes de importancia que pueden repercutir su embarazo.	()	()
Su médico ha valorado su historial clínico de su embarazo actual.	()	()
Se le efectúa examen físico general rutinariamente.	()	()
Se le efectúa examen ginecológico del embarazo actual.	()	()
Se le ha efectuado examen de orina.	()	()
Se le ha efectuado examen VDRL.	()	()
Se le ha efectuado tipificación de grupo sanguíneo y RH.	()	()
Se le ha efectuado química sanguínea.	()	()
Se le ha efectuado ultrasonido.	()	()
Se le valoró el estado de salud en lo que lleva de su embarazo:	()	()
Se le ha efectuado monitorización.	()	()
Se le ha efectuado frotis de papanicolaou.	()	()
Movimiento fetal sentido por la madre.	()	()

El médico le han orientado sobre signos de alarma:

	SI	NO
Sangrado	()	()
Contracciones	()	()
Escurrimiento	()	()
Falta del movimiento del bebé	()	()

Rutinariamente se le hace el registro de :

	SI	NO
Altura	()	()
Régimen dietético	()	()
Aumento de diámetro abdominal	()	()
Peso	()	()
Frecuencia cardíaca	()	()
Frecuencia cardíaca fetal	()	()
¿Se le dio tratamiento para los síntomas del embarazo que manifestó en el embarazo?	()	()
¿Se le ha orientado sobre el trabajo de parto o cesárea?	()	()
¿Su médico le ha dado consejos acerca de las actividades diarias durante el embarazo?	()	()

	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Dieta	()	()	Viajes	()	()	Empleo	()	()
Sueño	()	()	Ejercicios	()	()	Baños	()	()

VARIABLES QUE IDENTIFICAN INTERÉS PERSONAL Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

	SI	NO
¿Percibe usted que la atención que recibe es personalizada?	()	()
¿Se ha presentado con usted su médico tratante?	()	()
Le han proporcionado la atención en las fechas en las que se le ha otorgado su citas.	()	()

	1	2	3	4	5	más de 5
¿Cuántas citas le han cancelado?	()	()	()	()	()	()
¿A cuántas citas no acudió?	()	()	()	()	()	()

¿Cuántas veces le ha atendido su médico tratante? _____

¿Cuántas veces le ha atendido otro médico que no sea su médico tratante? _____

En caso de no haber sido atendida por su médico ¿quién la atendió? Residente () Otro médico ()

¿El motivo que le indicaron para no ser atendida por su médico tratante fue? ()

1) Urgencia 3) Quirófano 5) Junta 7) Otra
2) Clase 4) Vacaciones 6) No sabe ¿Cuál? _____

¿Qué tiempo habitualmente ha esperado para recibir su consulta después de la hora de su cita? ()

1) 5 a 15 min. 3) 30 a 1 Hora 2) 15 a 30 min. 4) 1 a 2 Horas 5) más de 2 horas.

	SI	NO	A VECES
¿Tiene usted conocimiento acerca de la evolución de su embarazo?	()	()	()
¿Tiene usted conocimiento sobre los resultados de su exploración (Revisión).	()	()	()
El médico ha comentado con usted los resultados de sus estudios.	()	()	()
El médico le informó acerca de su estado de salud, o se le dio un diagnóstico.	()	()	()
El médico le proporciona el diagnóstico con términos médicos.	()	()	()
El médico proporciona el diagnóstico con una explicación.	()	()	()
En términos generales el lenguaje de su médico es entendible.	()	()	()
Le ha expuesto sus dudas al médico	()	()	()
El médico le ha aclarado sus dudas	()	()	()

¿Cree que su médico es? () 1) Excelente 2) Bueno 3) Regular 4) Malo

¿Quisiera cambiar de médico? SI () NO () ¿Por qué? _____

Denos su comentario sobre la relación que usted tiene con su médico:

VARIABLES QUE IDENTIFICAN LAS AMENIDADES.

	SI	NO	A VECES
¿Se siente satisfecha con la atención médica recibida?	()	()	()
¿Se siente satisfecha con el ambiente en el consultorio?	()	()	()
¿Esta satisfecha con la información que le brinda su médico?	()	()	()

	SI	NO
¿Es accesible el costo de la consulta?	()	()
¿Creó usted que el método de pago es adecuado?	()	()
¿La ubicación del Instituto es conveniente para usted?	()	()
¿Creó que el tiempo que le dan de tolerancia es suficiente?	()	()

El tiempo que hace para despilarse de su domicilio al INPer. es de: _____

Denos su comentario sobre la calidad de atención que usted ha recibido en el INPer.

¿Cómo se siente al ser atendida en el INPer.?

¿Por qué eligió atenderse en el INPer.?

" GRACIAS POR SU COOPERACIÓN."