



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL
I.N.N.N. MANUEL VELASCO SUÁREZ, DESDE LA
PERCEPCIÓN DEL PÚBLICO USUARIO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:
GARCÍA PASTRANA CLAUDIA

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. T.S. GEORGINA VOLKERS GAUSSMANN



MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Por todo el esfuerzo, cariño,
apoyo y comprensión.

Por confiar en mí y apoyarme en
todos los momentos de mi vida.

Por enseñarme que la disciplina,
constancia y comunicación son
importantes para alcanzar las
metas que se plantean en la vida.

Gracias por permitirme culminar
con este sueño.

Sin ustedes nada de esto hubiera
sido posible.

A CARLOS:

Gracias por tu
apoyo en las
épocas de
carencia, para
con migo y
con Vero.

A VERÓNICA:

Eres el ser que ha dado
motivos a mi vida para
seguir creciendo y
luchar por alcanzar mis
objetivos.

Gracias por tener la
suficiente paciencia y
por crecer con migo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Claudia García

Pastrana

FECHA: 31/10/2004

FIRMA: [Firma]

A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

Por ser mi casa y un sueño desde
niña.

Por permitirme formarme como
profesional.

Por ser un espacio de conocimiento.
para todo aquel que quiere crecer.

ESCUELA NACIONAL DE
TRABAJO SOCIAL

Por formar parte de mi vida.

Gracias por permitirme expresar
siempre mis ideas.

Por darme la oportunidad de ser
una persona sensible a las
necesidades y problemáticas de los
demás.

MAESTROS.

A todos los profesores que contribuyeron en mi desarrollo académico muy en especial a:

Georgina Volkers Gaussmann Gracias por los comentarios a este trabajo, por la paciencia que tienes para escucharme cuando lo he necesitado, por permitirme conocer a la mujer fuerte, intachable, y por el amor que me inculcas día con día al Trabajo Social, pero sobre todas las cosas muchas gracias por ser mi amiga.

Sabes que todo lo que tengo en estos momentos es por ti.

Norma Angélica Gómez Ríos. Por ser el punto de partida para modificar mi vida a nivel profesional y personal, gracias por dejarme ver a la gran mujer tierna, valiente y sensible que llevas dentro, y por tus valiosos comentarios que abrieron nuevamente luz en mi vida.

Adriana Órnelas: Por ser mi inspiración en lo que ha investigación se refiere.

Rafael Zepeda, Gracias por los comentarios a este trabajo, y por la gran disposición a ayudarme en todo momento.

María Elena Téllez

Patricia García

Saturno Maciel

Violeta Mandujano

Por los valiosos comentarios a este trabajo.

INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
"MANUEL VELASCO SUÁREZ"

Por el apoyo y las facilidades para desarrollo de este trabajo.

Por abrir sus puertas a los Trabajadores Sociales, para desarrollar proyectos de investigación.

ASOCIACIÓN DE PROMOTORES
VOLUNTARIOS DEL INNN A.C.

Por ser el espacio que me ha permitido desarrollar mis conocimientos profesionales.

Por ser el punto de encuentro con los sentimientos de los pacientes-familiares del Instituto que permitieron realizar esta investigación.

MUY EN ESPECIAL A:

Dra. Claudia Díaz Olavarrieta

Por la confianza hacia mi persona y mi trabajo
Por el apoyo que siempre me ha brindado.
Por las facilidades para que este trabajo llegara a su fin.

Dra. Teresa Corona Vázquez

Por los comentarios al presente trabajo.

A LOS GRANDES AMIGOS

VÍCTOR

Mi gran amigo, confidente, compañero en las buenas y las malas, gracias por tu apoyo en los momentos de soledad, por tus palabras de aliento y un abrazo sincero cuando más lo necesitaba.

Gracias por la solidaridad para este trabajo.

Tu ayuda, amistad, sinceridad y lealtad es invaluable.

FELIPE, JACQUELINE, YÍNA

Gracias por ser mis amigos en estos siete años.

UN RECUERDO MUÝ ESPECIAL A LOS SIETE DE LA SUERTE

Gracias por permitirme formar parte de un verdadero grupo de trabajo.

Por el tiempo de alegrías y tristezas compartidas.

Por el compromiso que siempre mostraron para culminar las metas propuestas.

Y por todo el cúmulo de recuerdos que tenemos y que nadie jamás borrará.

Índice

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Planteamiento del problema.....	5

CAPÍTULO UNO CALIDAD DE LA ATENCIÓN

1.1	Definiciones.....	6
1.1.1	Evaluación.....	6
1.1.2	Calidad.....	7
1.1.3	Calidad de la atención médica.....	9
1.1.4	Percepción.....	10
1.2	Antecedentes.....	12
1.2.1	Antecedentes Internacionales.....	12
1.2.2	Antecedente Nacionales.....	17
1.3	Modelos de evaluación de la calidad de la atención.....	21
1.3.1	Calidad Total.....	23
1.3.2	Modelo de calidad en salud.....	25
1.3.3	Importancia de la percepción del público usuario en la evaluación de la atención.....	31
1.4	Políticas en la evaluación de la calidad de atención en México.....	32
1.4.1	Plan Nacional de Desarrollo.....	32
1.4.2	Ley General De Salud.....	33
1.4.3	Programa Nacional De Salud 2001-2006.....	34
1.4.3.1	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.....	35
1.4.4	Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	36

CAPÍTULO DOS INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"

2.1	Importancia de los hospitales de tercer nivel.....	38
2.2	Antecedentes del INNN. "Manuel Velasco Suárez".....	39
2.3	Organigrama.....	40
2.4	Políticas.....	47
2.5	Servicios.....	48

CAPÍTULO TRES TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

3.1	Características actuales de Trabajo Social en los Institutos Nacionales de Salud.....	51
3.2	Departamento de Trabajo Social en el INNN.....	52
	3.2.1. Antecedentes.....	53
	3.2.2. Organigrama.....	54
	3.2.3. Políticas.....	55
	3.2.4. Objetivos.....	56
	3.2.5. Misión.....	56
	3.2.6. Funciones.....	56
	3.2.7. Actividades.....	57
	3.2.8. Recursos.....	58

CAPÍTULO CUATRO METODOLOGÍA

4.1	Objetivos.....	60
4.2	Hipótesis.....	60
4.3	Etapas metodológicas de investigación.....	61
4.4	Muestra.....	62
4.5	Universo Temporal y Espacial.....	63
4.6	Criterios de Inclusión.....	63
4.7	Criterios de Exclusión.....	64
4.8	Instrumento.....	64
4.9	Prueba Piloto.....	65

CAPÍTULO CINCO DESCRIPCIÓN, INTERPRETACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

5.1	Descripción Cuantitativa.....	67
5.2	Análisis Cualitativo y Cuantitativo.....	114
	5.2.1 Datos Personales.....	114
	5.2.2 Percepción de la Estructura.....	115
	5.2.3 Percepción del Proceso.....	116
	5.2.4 Percepción del Resultado.....	118
	5.3. Evaluación de la Calidad de la Atención.....	120
	5.3.1 Elementos de Calidad.....	121
	5.3.2 Elementos de no Calidad.....	123
	Elementos Cualitativos Observados.....	124
	Propuestas.....	126
	Conclusiones.....	129
	Bibliografía.....	132
	Anexos	
	1 Cédula de entrevista a Trabajo Social.....	138
	2 Instrumento Prueba Piloto.....	139
	3 Instrumento Final.....	145
	4 Oficio a Trabajo Social.....	150

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge a partir de dos grandes vertientes, la primera de una investigación anterior realizada en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, sobre la calidad de la atención en el área del urgencias, propuesta durante la práctica institucional, donde sólo participé en sus inicios.

La segunda y fundamental, por el trabajo realizado en la coordinación de la Asociación de Promotores Voluntarios del I.N.N.N. A.C., el contacto directo con el usuario y la estrecha relación con el Departamento de Trabajo Social, permitió escuchar los comentarios y, en algunas ocasiones, quejas del trabajo realizado por las trabajadoras sociales; al analizar el tema e identificar que la calidad de la atención en el área de la salud está fundamentada en el quehacer médico, y en áreas como enfermería y archivo clínico, se observó que no se profundiza en las acciones de todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención y tienen contacto directo con el usuario e influyen en el mantenimiento y/o mejora de su estado de salud.

El mismo Trabajador Social como parte integral del equipo de salud, se ha preocupado por la calidad de los servicios bajo la misma tónica, sin profundizar en su propio desempeño profesional en lo que a calidad de la atención se refiere considerando las actividades, funciones y trato humano que desarrolla cotidianamente.

La relación externa con el departamento y la confianza del paciente y/o familiar que acude a la Asociación para expresar sus sentimientos, ha sido el motor de la presente investigación; es necesario como profesionistas en el área social ser concientes de la percepción que se tiene de nuestro trabajo, saber cómo es evaluada y buscar alternativas de solución si es necesario para aquellos problemas o situaciones que puedan presentarse y evitar la imagen del servidor público burocrático que tiene poco interés por los demás. Por lo que como profesionales en las Ciencias Sociales, es importante ser concientes de trabajo que realizamos, hacia quien son dirigidos los esfuerzos, y cual es la percepción que tienen los usuarios de nuestro trabajo.

El trabajo está conformado por cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera:

1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN: En él se contemplan los aspectos relacionados con la calidad, desde lo particular como son conceptos de *calidad*, *evaluación*, *calidad de la atención médica* y *percepción*, que forman un marco conceptual, los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con el tema, hasta los aspectos fundamentales de los dos modelos de evaluación que existen con mayor representación, de tal forma que permitan comprender las medidas y políticas de evaluación de calidad en México y la orientación teórica que se sigue actualmente.

2. INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA: Este capítulo está basado en el ámbito institucional considerando que la investigación se realizó en un instituto nacional de tercer nivel, es indispensable conocer la importancia del mismo sus antecedentes, nivel de cobertura, así como estructuras, políticas y objetivos que persigue para proporcionar atención.

3. **TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD:** Se contemplan las bases, estructura, recursos humanos, materiales, políticas y objetivos a desarrollar junto con los aspectos operativos del departamento dentro del instituto, abarcando funciones y actividades realizadas cotidianamente, que permiten identificar la estructura y organización del departamento.

4. **METODOLOGÍA:** Se describen cada uno de los pasos técnicos y estrategias metodológicas que se llevaron a cabo durante la investigación, los límites en tiempo lugar y espacio para su desarrollo, se presentan los objetivos, hipótesis, muestreo, e instrumentos.

5. **DESCRIPCIÓN, INTERPRETACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS:** El capítulo abarca los resultados cualitativos y cuantitativos de las encuestas realizadas a los usuarios, la descripción de los datos obtenidos durante la investigación, y las propuestas desarrolladas para mejorar el servicio del departamento de Trabajo Social, así como las conclusiones de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS: Integra los textos, cursos y páginas electrónicas consultados que permitieron dar un valor científico a la misma; como anexos se incluyen los instrumentos utilizados.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad los servicios de salud pública en sus tres niveles de atención se han convertido en instancias de gran importancia para las personas de escasos recursos que no cuentan con algún sistema de seguridad social (ISSSTE, IMSS).

La población que acude a estos hospitales en especial de tercer nivel, es atendida por un equipo multidisciplinario, el cual parte del derecho constitucional de atención a la salud, bajo la perspectiva de brindar servicios con calidad; al respecto la administración pública central considera como uno de sus propósitos fundamentales responder con eficacia y eficiencia a las demandas de la población, mientras que el Sistema Nacional de Salud, ha instrumentado programas que permitan acceder a los servicios bajo parámetros de equidad, calidad y calidez.

En instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, existe un gran interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad, con el fin de mejorar aspectos relacionados con la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal, y el ambiente en que se lleva a cabo el proceso de atención, a partir de tres ejes fundamentales: la prestación de servicios por la institución, sus trabajadores y la percepción del público usuario.¹

Para mejorar el desempeño de las funciones y actividades de los profesionales de la salud, se han desarrollado diversas acciones como la organización de comités de mortalidad, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad, sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, que permiten identificar los errores en los procesos de atención.

El profesional de Trabajo Social forma parte del equipo multidisciplinario, y su participación es de vital importancia, en los procesos de salud - enfermedad, realizando funciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación², investigación, y educación social entre otras, que en su conjunto, aportan información indispensable relacionada con la dinámica familiar, redes sociales e institucionales de apoyo, así como variables sociodemográficas que contribuyen en la preservación y/o conservación de la salud de los y las pacientes que acuden a solicitar atención médica.

Razón por la cual, como parte fundamental del equipo multidisciplinario, resulta indispensable evaluar la calidad de atención que brindan los departamentos de Trabajo Social en los institutos de salud, considerando que la mayoría de las investigaciones relacionadas con el tema están encaminadas, básicamente, a la atención médica enfocada a cirujanos, enfermeras, estudios clínicos, sin profundizar en el quehacer profesional del trabajador social que forma parte integral del proceso de atención y, por lo tanto, de los servicios que se proporcionan a la población.

¹ Donabedian A. *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica*, Serie de perspectivas en salud pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 1989, p. 47

² Kissnerman Natalio, *Salud Pública y Trabajo Social*, Edit. Hvmamitas, Buenos Aires, 1990, p. 122-123

Evaluar la calidad de la atención de los trabajadores sociales es indispensable, resaltando que como licenciatura, existen diplomados, especialidades y próximamente maestría destinada al área de la salud, lo cual obliga a evaluar los procesos y resultados de la atención otorgada al público usuario, considerando que como expertos en lo social existe una gran preocupación por evaluar programas y proyectos sociales, calidad de vida, estructuras familiares; y poca atención se destina a la auto evaluación de las propias acciones, que permite preservar y mejorar la conducción de la actividad profesional.

Las evaluaciones desde la perspectiva del usuario son cada vez más comunes, a partir de ello, es posible obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados que permiten identificar errores y aciertos relacionados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas; es necesario considerar las opiniones del paciente como una estrategia para obtener nuevos elementos que mejoren los esquemas de calidad en la atención otorgada.

Como trabajadores sociales es importante recordar que la sociedad es la razón misma del quehacer profesional, por lo tanto no puede dejarse de lado la percepción que ésta tiene acerca del trabajo realizado, como un elemento más de los procesos de calidad, tomando en cuenta que los servicios que se otorgan deben reportar beneficios a la sociedad, con un máximo nivel de calidad que, a su vez, permitan participar en la búsqueda constante de alternativas que favorezcan el bienestar de los individuos o grupos sociales.

De ahí la importancia de evaluar la calidad de atención que proporcionan los departamentos de trabajo social como integrantes del equipo de salud, con el fin de promover el desarrollo en todas las funciones y actividades en los procesos de atención, que permitan fortalecer la acción profesional del Lic. en Trabajo Social que labora en los institutos nacionales de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de la calidad se ha enfocado básicamente en dos grandes áreas, la primera destinada a evaluar los programas que se generan en los servicios de salud y, un segundo enfoque, destinado a evaluar la calidad de la atención, considerando la organización de los servicios, el proceso y resultado, los indicadores se basan en la satisfacción del usuario, y sus expectativas, a partir de diferentes metodologías, una de ellas es la propuesta por el Dr. Avedis Donabedian, Estructura- Proceso- Resultado.

Las deficiencias relacionadas con la calidad de la atención no han logrado ser superadas, ocasionando serios problemas en la percepción de la población que acude a solicitar servicios de salud, en especial para aquellos que no cuentan con recursos económicos para pagar un hospital privado, por lo tanto dependen de las opciones que tengan a su alcance, en donde predomina un "sentimiento de desconfianza hacia los servicios, la cual tiene que ver con la atribución de una insuficiente capacidad técnica, y la deficiente calidad del trato humano que se recibe en las instituciones de salud, muchas quejas se relacionan con la burocratización de los procedimientos y el trato desconsiderado para dar la atención"³, lo que se traduce en pérdida de tiempo para los usuarios, deficiencias en la atención y, por consiguiente, inadecuada satisfacción de sus necesidades, siendo éste un factor clave en las instituciones que brindan servicios a la población.

El trabajador social como parte del equipo de salud, debe cumplir con la mayor calidad de la atención que otorga a la población, considerando que su acción profesional, está basada en las relaciones interpersonales y el contacto directo con el usuario, razón por la cual se encuentra directamente inmerso dentro de los procesos de calidad.

"La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor del servicio y a su vez permite documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y con ello facilitar la evaluación de tal manera que contribuye a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, la medición de la satisfacción del paciente es un instrumento valioso para la administración y planeación."⁴

Uno de los grandes retos de la investigación relacionada con aspectos de mejoría de calidad de los servicios médicos, es el conocimiento de las determinantes sociales que se encuentran vinculadas con el proceso salud - enfermedad⁵ así como la relación paciente-profesional, que permita identificar los errores y aciertos de los profesionales, para obtener nuevos elementos que mejoren los esquemas de calidad en la atención otorgada, por lo cual, para evaluar de manera favorable la calidad del servicio de los y las trabajadoras sociales, resulta de singular relevancia conocer ¿cuál es la percepción del público usuario en cuanto a la calidad de la atención proporcionada en el departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez?

³ Bronfman, Mario, "Del cuánto al "por qué" la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios" en: Revista de Salud Pública, Vol. 39, No 5, México, 1997, p.449.

⁴ Donabedian, Avedis, *La calidad de la atención médica*, Ed., Científicas, México, 1983, p. 32

⁵ Infante Castañeda, Claudia, *Problemas de calidad de la atención médica que reflejan las quejas de los usuarios de CONAMED*, Ed., CONAMED, México, 1999, p. 46

CAPÍTULO UNO

CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

1.1 DEFINICIONES

1.1.1. EVALUACIÓN.

La palabra “evaluar” tiene raíces en el latín (Valuera) y proviene del francés (evaluar) que se refiere a valor o atribuir un mérito a una cosa u objeto determinado.

Existen diversos conceptos de evaluación que se enfocan básicamente al juicio de lo realizado en un conjunto de acciones, programas, proyectos que permiten conocer la eficacia, eficiencia y efectividad del esfuerzo realizado.

A continuación se mencionan algunas definiciones de evaluación:

La Organización de las Naciones Unidas (1957) la define como un proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos

Ander Egg (1995) identifica la evaluación como “señalar a una cosa el valor correspondiente a su estimación,” para lo cual se requiere de un procedimiento que compara lo que se evaluará con relación a un criterio o patrón determinado”⁴

Para Cohen (1997) es una actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos.⁵

Saavedra (1998) define que evaluar es el “hecho de estimar la capacidad o posibilidad de llegar a una solución o acuerdo que se recomendó, mediante la indicación de un tratamiento (es una especie de pronóstico) estimado, la resistencia que se ofrezca a la buena disposición de ayudar o ayudarse, conociendo personas o recursos disponibles”⁶

La evaluación es un enjuiciamiento analítico entre lo planeado y lo realizado, precisa el grado de éxito o fracaso de una acción comparando resultados, por lo que se revela la efectividad de las acciones emprendidas trabajando de antemano como consecuencia de una meta determinada.⁷

En cuanto a la definición de la evaluación en el ámbito de la salud, la Ley General de Planeación identifica a la evaluación como: “El proceso ordenado y metodológico para establecer el análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, analizando los

⁴ Ander Egg, Ezequiel. *Diccionario de Trabajo Social*. Ed. Lumen, Buenos Aires, 1998, p. 123

⁵ Cohen Ernesto, Franco Rolando. *Evaluación de Proyectos Sociales*, Edit. Siglo XXI, México, 1997, p. 46

⁶ Saavedra M. Alfredo. *Vocabulario de Trabajo Social*. Edit. Estela, Colección Literaria Médica, 1998, p. 76

⁷ Definición elaborada en la materia: Evaluación de proyectos sociales ENTS- UNAM 2000

objetivos y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los resultados previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos”⁸

En el contexto de valorar la atención médica, vista como un conjunto de acciones metodológicas y sistemáticas, para lograr el equilibrio físico, psicológico y social del individuo o de una sociedad, la palabra evaluación será entendida como:

Aquel proceso sistemático y continuo que tiene por objetivo conocer o detectar el grado de éxito o fracaso de los programas y acciones de salud, relacionadas directamente con la atención interpersonal, considerando para ello los alcances y las desviaciones que hayan sufrido los objetivos y las metas previamente establecidas, este proceso involucra los componentes físicos, administrativos, tecnológicos y sociales relacionados con la satisfacción de la población y mejoras en su estado de salud, que pueden manifestarse de manera positiva o negativa.

La evaluación es un proceso indispensable, el cual debe ser continuo, considerando que se detectan errores y/o desviaciones en los objetivos y metas planteadas, implica un análisis de las acciones y, por consiguiente, mejoras en la calidad de los servicios de salud; al evaluar se pueden realizar cambios en beneficio de la organización y de la población, sin embargo existe un constante temor a la crítica, y resistencia a modificar conductas, aspectos técnicos, administrativos y en algunos casos directivos, que se ven como mayor esfuerzo y carga de trabajo.

Debe verse como un medio que permite mejorar día a día las actividades cotidianas así como la programación de acciones futuras, reflejadas en la satisfacción del paciente y mejoras en su estado de salud y calidad de vida, que es parte fundamental de la calidad de la atención médica.

1.1.2 CALIDAD

El término calidad proviene del latín (*qualitas-atis*), que se refiere a “cualidad”, razón por la cual el término puede ser utilizado en las diferentes posibilidades de ser de las cosas, a las cuales es posible aplicar una escala de valores entre lo bueno y lo malo, superior o inferior, excelente o deficiente.

La calidad ha sido un problema difícil de conceptuar y evaluar, puesto que implica visiones mezcladas con la subjetividad de los individuos, a partir del siglo XIX se iniciaron los diferentes conceptos en torno a la calidad, es importante mencionar que cada una de las definiciones que se han desarrollado son válidas dependiendo del objetivo, contexto y momento histórico determinado.

A continuación se mencionan algunas definiciones de calidad relacionadas con la atención médica.

⁸ Vázquez Gutiérrez, Leticia “Evaluación de la calidad de la atención médica en unidades de 2º nivel de atención en el Estado de Hidalgo”, Tesis, UNAM- ENTS, México, 1996, p.16

Donabedian caracteriza la calidad como “la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades”, relacionados por factores como la atención técnica, las relaciones interpersonales y el ambiente físico en donde se desarrolla el proceso de atención; partiendo de la teoría de sistemas, propone tres aspectos que integran la calidad, denominados estructura- proceso y resultado, puede ser medida a través de niveles, que al ser cumplidos proporcionan la calidad de los servicios⁹

Deming (1995) define a la calidad como “el conjunto de características de servicios y de productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse orgulloso de poseer un producto o de recibir un servicio al más bajo costo posible, por lo cual puede considerarse como la aptitud de un producto o de un servicio capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios”¹⁰

Lock Dennis y Smith (1992) sostienen que la calidad se ha entendido como un conjunto de requerimientos o necesidades de un usuario que una organización debe satisfacer, “es el grado de armonía entre la expectativa y la realidad.”¹¹

La calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio, existe calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios.¹²

La OMS/OPS identifican que “La calidad es un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: el Estado, los Proveedores y los Usuarios”¹³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que “la calidad es como la perciben los propios usuarios; toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones en pro de la salud se desarrollan. Es decir que abarcan todos los aspectos del proceso de atención, desde la mera percepción del trato recibido a la provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención”¹⁴

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001- 2006 la define como “el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes”

La definición considerada para la presente investigación será la siguiente:

“La calidad es la adecuación con las que se llevan a cabo las acciones de salud, la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible

⁹ Donabedian, Avédís, “*La calidad de la atención médica...*” op. cit. 1983, p. 5-8

¹⁰ Cohunga Dávila, Carlos, *La calidad en el servicio*, Ed. Panorama, 1995, México, D. F. p.22

¹¹ Lock Dennis, Smith DJ. *Calidad total, Estrategias y Técnicas*. Ed. Legis, Bogotá, 1992 p. 25

¹² Malagón Londoño, Gustavo, *Garantía de calidad en salud*, Bogotá, Médica Internacional, 1999, p. 46

¹³ OPS/OMS. *Orientaciones Estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*, p.121

¹⁴ <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/00000976.htm>

en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo, que permiten la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico”¹⁵

Cada uno de los esfuerzos o acciones desarrollados para la mejora continua de los servicios, están directamente relacionadas con la calidad para brindar la mejor atención a la población, que es la razón de ser de los servicios de salud.

1.1.3 CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La calidad de la atención médica está enfocada a mejorar los errores técnicos e interpersonales de la institución y los trabajadores, con la finalidad de disminuir los riesgos y aumentar los beneficios a la población, mediante la educación, capacitación, motivación, sensibilización y reorganización de los servicios de salud.

El término atención médica ha sido conceptualizado por diversos autores.

El IMSS (1978) la define como “el conjunto de procedimientos establecidos, con el fin de identificar en las acciones realizadas y en sus resultados, el apego o alejamiento de objetivos previamente señalados, su finalidad es corregir, adecuar y modificar sustancialmente los planes iniciales.”¹⁶

La SSA en 1984 define la atención médica como “el proceso ordenado y metodológico para establecer el análisis y mediciones sistemáticas de políticas estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos.”¹⁷

Donabedian (1990)¹⁸ identifica a la calidad de la atención médica como el “tratamiento capaz de lograr el mayor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos” es aquella clase de atención que se espera puede proporcionar al paciente el máximo y mayor completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompaña el proceso de atención en todas sus partes; la calidad de la atención médica permite evaluar el grado de satisfacción por medio de la aplicación de encuestas de opinión que reflejan la satisfacción de expectativas, relacionadas directamente con la adecuación de los lugares, los prestadores de servicios y la institución.

¹⁵ A. González Dagnino. *Calidad total en atención primaria de salud*. Ed. Díaz de Santos, España, 1994. p.32.

¹⁶ Barquín C. *Hospital de la Raza 35 años. cuestión social*. Ed., IMSS, México, 1980, Vol. 15 p.19

¹⁷ Sector Salud; Grupo Básico Interinstitucional de evaluación para la salud. *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud*. Ed. SSA, México, 1987, p. 63

¹⁸ Donabedian A. “La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad” En: *Rev. Salud Pública, México*, Vol. 32 No. 3, 1990 p. 26

En 1997 Aguirre Gas define a la atención médica como otorgar atención oportuna al usuario conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que satisfagan necesidades de salud, de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución¹⁹

Racoveanu y Johansen entienden por buena calidad de la atención el servicio que reúne los requisitos establecidos y dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud.²⁰

Por último, la Ley General de Salud define como calidad a “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud”²¹

En conclusión, la calidad de la atención busca el máximo beneficio para el paciente, por medio de la maximización en la utilización de los recursos humanos y materiales, que satisfaga las expectativas del conjunto de actores que intervienen en la atención: la institución, el prestador del servicio y el usuario.

Para la presente investigación se pretende abordar la percepción de las expectativas del usuario, en cuanto al servicio recibido, que finalmente es quien juzga la infraestructura de la institución y capacitación de las personas que laboran dentro de ella.

1.1.4. PERCEPCIÓN

La palabra percepción proviene del latín (*perceptio, onis*) está relacionada directamente con la sensación interior que resulta de una impresión material hecha de nuestros sentidos.

Descartes la define como “todos los actos cognoscitivos en cuanto son pasivos, con referencia al objeto y en relación a los actos de la voluntad que son activos”,²² la divide en dos: aquella que se relaciona con los objetos externos y la que se relaciona con el cuerpo y el alma.

Considerando las percepciones externas afirmó que aún cuando fueran producidas por movimientos provenientes de las cosas externas, “nosotros las referimos a las cosas que suponemos sean sus causas, de modo tal que creemos ver la antorcha y oír la campana cuando en cambio sentimos sólo los movimientos que resulten de ellas”²³.

¹⁹ Aguirre Gas H. G. “Administración de la calidad de la atención” en Revista Médica IMSS, N. 35 V. 4 1997, p 259

²⁰ <http://www.Americas.health-sector-reform.org/spanish> ibidem.

²¹ Ley General de Salud, México, 17ª Ed., Porrúa, México, 2002, Capítulo II Art. 32

²² Abbagnano Nicola, *Diccionario de filosofía*, Ed. FCE, México, 1996, p. 902

²³ *Ibid.* p.903

Kant considera que es "la representación de conciencia" la distinguió como sensación, en caso de referirse solamente al sujeto y en conocimientos, si es objetivo.

Locke por su parte manifiesta que es la primera idea simple producida por vía de la reflexión, en cuanto se ocupa de nuestras ideas, es la primera facultad de la mente convirtiéndose en la "unidad elemental producida directamente en el objeto por la acción causal del objeto".²⁴

La percepción es definida también como la "recepción y elaboración de los centros nerviosos superiores de los datos proporcionados por los órganos de los sentidos, (es un hecho objetivo en la medida que corresponde a la observación de los hechos reales)".²⁵

Por último, en 1998 Becke la concibe como "la acumulación de información usando los cinco sentidos fisiológicos. La percepción se refiere a veces a los procesos cognitivos independientes de los sentidos (como sería la percepción extra sensorial), pero en general se refiere a actividades sensoriales. El conocimiento sensorial viene de la percepción de las propiedades del objeto."²⁶

La percepción está relacionada directamente con los sentidos, y con todo aquello que implica estar en contacto con un objeto determinado, en la calidad de la atención la percepción es fundamental, tomando en consideración que la impresión que forma el usuario respecto a la calidad de un servicio supone, necesariamente, la comparación entre sus expectativas y los resultados obtenidos.

²⁴ Ibid. p.907

²⁵ *Diccionario Enciclopédico Larousse*, Ed. Planeta, tomo 12 1990, p. 2435

²⁶ <http://club2.telepolis.com/obcop/percepti.html> Glosario de Carlos Von Der Becke .

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

El tema de la calidad ha cobrado una gran importancia en diversos aspectos en el ámbito social, empresarial y de atención a la salud, convirtiéndose en un punto medular en el ámbito internacional y nacional.

La preocupación por evaluar la calidad de la atención no es un tema reciente, considerando que las primeras investigaciones al respecto inician en los últimos veinte años del siglo XIX.

A lo largo del tiempo los sistemas de salud han tenido que enfrentar diversos problemas sociales y patrones de enfermedad, lo que ha implicado responder de manera eficaz y eficiente a las crecientes necesidades de la población, adoptando estrategias encaminadas a satisfacer demandas y cubrir necesidades; en lo que a salud se refiere, la preocupación por la calidad de la atención ha implicado una creciente complejidad y evolución en su estudio.

En el plano internacional existe un gran número de investigaciones que enfocan sus experiencias y métodos con el fin de mejorar los servicios que se otorgan a la población.

El antecedente más antiguo del cual se tiene registro se originó a finales del siglo XIX enfocado en la mortalidad en hospitales de campaña, durante la guerra de Crimea en Inglaterra, elaborado por Florence Nightingale en 1865²⁷, su objetivo estaba enfocado en medir lo que sucedía en los hospitales de campaña del ejército inglés; la conclusión a la que llegó se basó en afirmar que podían cambiarse las leyes que gobiernan a la enfermedad, siempre y cuando existiera relación con los resultados obtenidos y con el uso de la terapéutica dada, además de proponer como necesaria la recolección de la información de los pacientes dados de alta.

A partir de este momento y durante muchos años, los esfuerzos se dirigieron a desarrollar metodologías para la evaluación de la calidad, sin embargo, los hallazgos obtenidos durante las evaluaciones, no eran complementadas con mecanismos que realmente pudieran mejorar los servicios proporcionados.

Abraham Flexner (1910)²⁸ publicó un informe donde estudió lo relacionado con la educación médica en Estados Unidos, en él demostraba los pobres estándares que existían en muchos de los centros médicos universitarios.

En 1916, Ernest Amory Codman,²⁹ consideraba que la atención médica se daba en base a la limpieza de las instalaciones, su belleza arquitectónica, la cortesía con la cual el personal trataba al paciente, sin tomar en cuenta la eficiencia del profesional, estos elementos forman parte de sus

²⁷ Ker L. White. *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología*. Ed. Organización Panamericana de la salud, OMS, EUA, 1992 p. 193

²⁸ *Ibidem*. p. 197

²⁹ *Ibidem*. p. 198

conclusiones en lo que atención se refiere, reflejadas en su obra "Resultado final de la atención en la evaluación de la práctica clínica", tomando en cuenta además de la actividad profesional, el hospital como empresa organizativa, administrativa y económica.

Uno de los aportes más conocidos es el realizado por Lee y Jones en 1933 sobre los "fundamentos de la buena atención médica" en él, aporta un concepto de calidad identificando distintos aspectos, propiedades componentes y alcances de un proceso denominado atención médica, definiéndola en ocho artículos de fe que expresan lo siguiente:

"La buena atención médica, se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas, enfatiza la prevención, requiere de la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica, trata al individuo como un todo, mantiene una relación profesional estrecha y continuada entre el médico y el paciente y está coordinada con grupos de trabajo social, así como con todos los tipos de servicios médicos, se basa en las necesidades sociales de la población a la que sirve,"³⁰ con este enfoque aportan a la calidad de la atención médica un atributo propio de quien lo ejerce, y que puede ser vista de diferente forma dependiendo de quien lo reciba.

Cabe destacar que en su definición de atención médica considera a Trabajo Social como parte integral de la atención.

En 1954 se creó en E.U.A. la Comisión conjunta para la acreditación de los hospitales,³¹ que estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y calificaciones profesionales, utilizando índices numéricos sobre la administración y funcionamiento iniciando así los "estándares".

Mindel C. Sheps en 1955³² identifican que día a día se destinaba "mayor atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios de salud en general, así como de la asistencia hospitalaria en particular.

Paul Lembeke (1956)³³ construyó la ciencia de la evaluación, en donde aborda y selecciona elementos encaminados al desempeño de estándares, concepto utilizado por primera vez como auditorías médicas.

La década de los 50's significó el empleo de normas profesionales y sistemáticas que permitieron fijar las bases de la evaluación, aunque en criterios y contextos diferentes, así como las formas de recopilar la información.

En los 60's las investigaciones sobre calidad se modificaron en cuanto a objetivos, basándose en la estandarización de la calidad de la salud.

³⁰ Malagón Londoño Gustavo. *Garantía de la calidad en salud*, Ed. Médica Internacional, Bogotá, 1999, p.31

³¹ K. Donahue Tina "La calidad de la atención en los Estados Unidos, nuevas tendencias" en: *Revista de Salud Pública de México*, Mayo-Junio, Vol. 35, No. 3, 1993, p. 17-21

³² Ker L. White, op.cit. p.197

³³ *Ibidem* p.198

Tal es el caso de España, específicamente en Barcelona, donde se realizan los pilares hacia la estandarización y acreditación de la calidad de los servicios de salud.

E.U.A. y el Reino Unido, ubican el enfoque multilateral de la calidad, que lo perfeccionarían hacia el perfil de la auditoría médica, tema sobresaliente en 1998.

Avedis Donabedian considerado una autoridad mundial en lo que a calidad se refiere, y con base a la sistematización de estudios anteriores, en 1966³⁴ identifica la diferencia de la calidad en lo técnico- científico, la interrelación médico-paciente y beneficiario-sistema, así como la satisfacción del paciente y proveedor; plantea un modelo de la evaluación de la calidad Estructura- Proceso- Resultado, (utilizada en la mayor parte de investigaciones en cuanto a evaluaciones de calidad en salud se refiere), sostiene que la investigación debe ser más continua identificado como monitoreo de la calidad, que debe evaluarse con base en las variables relacionadas con las características físicas de la institución, las características personales de los prestadores de servicios y la satisfacción del usuario, calificados por el mismo usuario.

John Willanson (1971)³⁵ realizó una investigación de tipo metodológico donde propone que para verificar los resultados en cuanto a la satisfacción de las expectativas del paciente es necesario evaluar el proceso, los antecedentes y la estructura, en caso de no haberse cubierto el objetivo de satisfacer las expectativas del usuario.

Para las décadas de los 80's y 90's, los enfoques teóricos sobre la calidad de la atención se centran en identificar los elementos relacionados con los costos, el monitoreo continuo y las relaciones enfocadas a la satisfacción del paciente, así como la organización directiva desde el punto de vista empresarial, en dos grandes perspectivas: la garantía de la calidad total y la calidad de atención a la salud.

Al respecto en 1983, el gobierno canadiense promulga una ley que establece como obligación contar con programas de garantía de calidad, en un plazo de tres años.

Por su parte la Comunidad Económica Europea, con base a la meta 31³⁶ (salud para todos) propone que para 1990 cada uno de los países tendría que establecer su propio sistema de garantía de calidad en salud, actualmente los países en los cuales se cuenta con este tipo de sistema son Francia, Bélgica, Alemania, Suecia, Inglaterra y España.

En 1985³⁷ se crea la Sociedad Internacional de garantía de la atención médica donde sus principales prioridades se resumen de la siguiente manera:

- a) Controlar costos ocasionados por deficiencias en la atención.
- b) Estudiar el incremento de demandas judiciales por errores médicos y profesionales de la salud.
- c) Concientización de los profesionales de la salud y estructura de las políticas de atención.
- d) Eliminación de mecanismos innecesarios que ocasionan altos costos.

³⁴ file:A:/Calidad en Salud- Avedis Donabedian.htm

³⁵ Vázquez Gutiérrez, Leticia. *Evaluación de la calidad de la atención ...* UNAM-ENTS op. cit. p.29

³⁶ Malagón op.cit. p.36

³⁷ <http://www.calidadensalud.com.mx>

b) Examinar lo relacionado a los recortes gubernamentales ocasionados por las crisis económicas a los sectores sociales en América, Europa y Asia.

Japón, por su parte, desarrolla un proceso de producción a través del "Kaisen"³⁸ que en japonés significa mejoramiento continuo en cuanto a calidad y gerencia total, enfocando esfuerzos bajo las siguientes perspectivas:

- Monitorear los sistemas de calidad con base en estadísticas que contemplen los procesos y resultados con el fin de mejorar y evitar errores.
- Identificar como usuarios a los consumidores y a los miembros de la organización como un conjunto que se relaciona continuamente.
- Toman como base a la organización de manera global y delegan responsabilidades a cada uno de los integrantes de la misma, para desarrollar procesos de mejora en cuanto a calidad se refiere.
- Identifican las deficiencias en los procesos y defectos de los resultados; argumentan que los problemas se relacionan con el sistema administrativo, estructural y económico en su conjunto, y no en los individuos únicamente.

A partir de este modelo E.U.A. incorpora elementos de la teoría del mejoramiento continuo a través de W. Edward, Deming (círculos de calidad) y Joseph M. Juran, nombres claves en el desarrollo de la "gestión de calidad" con base en una estrategia de dimensión social, basan el objetivo de sus investigaciones en satisfacer las expectativas y necesidades de los "clientes", a través del compromiso en conjunto de la organización, con la participación del personal, que de manera organizada lleven a la mejora continua de los procesos y sus relaciones, pretenden garantizar los servicios de salud al usuario y, generar una estructura, proceso y resultado de acuerdo con el máximo beneficio y el menor riesgo posible, consideran como indispensables la administración de recursos en cuanto a costos.

En 1986 la comisión conjunta en E.U.A.³⁹ presenta un proyecto denominado "Agenda para el cambio" con el objetivo de establecer un programa de seguimiento y evaluación de la calidad hacia el año 2000, que permitiera concentrar la evaluación de los eventos clínicos que representan fallas en la atención médica ocasionadas por profesionales o por la institución, posteriormente a la experiencia de E.U.A. se desarrollaron experiencias aisladas inéditas en algunos hospitales en Brasil, Chile y Colombia.

R.Lee y W Jones⁴⁰, aportan propuestas destinadas a operativizar variables de estudios en las cuales describen bases para conceptualizar una adecuada atención médica con relación a tres componentes para la atención en salud, enfocadas en el modelo de atención médica.

1. - Atención técnica.
2. - El manejo de las relaciones interpersonales
3. - El ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención.

³⁸ Ishikawa, Kaoru. *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad Japonesa*, Ed. Norma, Colombia, 1998 p.72

³⁹ K. Donahue. Op. cit. p.19

⁴⁰ Vázquez. Op. cit. p.27

Ishikawa (1988)⁴¹ en su libro "Guide to quality control" propone siete herramientas básicas para el mejoramiento continuo, argumenta que es necesario comprometer a toda la organización en todos sus niveles por medio de diagramas y matrices de datos (FODA) desarrolladas por los japoneses, en donde identifican como "el medio necesario para enfrentar la nueva era de la calidad", basando el análisis en los errores, aciertos y debilidades de la institución, integran el concepto de "reingeniería" que pretende diseñar nuevamente los procesos de organización y empresa para la completa satisfacción de las expectativas del cliente.

En ese mismo año la Organización Panamericana de la Salud, mediante la resolución XV de la XXXIII reunión del consejo directivo, aprobada en la X sesión plenaria en septiembre de 1988, recibe el mandato de sus cuerpos directivos, de evaluar los logros obtenidos para llegar a la meta "salud para todos en el año 2000", consideran otorgar mayor prioridad y desarrollo a la infraestructura en salud, y se genera una profunda preocupación por la calidad de la atención, introducen programas de acreditación de la calidad para los aproximadamente 14,000 hospitales de A.L. y el Caribe con el propósito de mantener un nivel máximo de los recursos, que den como resultado que los servicios proporcionen la máxima satisfacción sin importar el nivel institucional; los elementos que se consideran para el desarrollo efectivo de los programas de calidad son:

- a) La capacitación técnica profesional
- b) Uso eficiente de los recursos
- c) Reducción a niveles mínimos de las lesiones producidas por la atención.
- d) Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad de los servicios de salud⁴²

El vertiginoso interés por los temas en cuanto a calidad de la salud, ha generado diversos congresos en Europa, Australia, E.U.A., culminando con el IX Congreso mundial y Simposio Internacional de garantía de calidad que se llevó a cabo en la Ciudad de México en 1992, en conjunto con la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de Atención a la Salud donde se presentaron aproximadamente sesenta trabajos relacionados con el tema.

Las diversas investigaciones sobre calidad en el ámbito internacional, han evolucionado teórica y metodológicamente, dependiendo de las necesidades y los contextos económicos, políticos y sociales de los diversos países, sin embargo, las expectativas que se tienen con relación a la calidad aún no han sido logradas, las manifestaciones de preocupación por el bienestar de los pacientes o clientes, dependiendo el enfoque metodológico, siguen sumando esfuerzos, considerando que la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobre vivencia económica y, para algunos, de responsabilidad social e integridad moral.

⁴¹ Ishikawa, Kaoru. *¿Por qué de la calidad?*. Manual Moderno, 3ª Ed., México, 1989, p.22

⁴² Moraes Novaes, Humberto. "Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latino América y el Caribe", en: Rev. de Salud Pública, mayo-junio, 1993, Vol. 35 No. 3, México, p. 29-34

1.2.2 ANTECEDENTES NACIONALES

La necesidad por mejorar los servicios de salud en nuestro país es un tema que se remonta a finales de la década de los 50's, cuando se iniciaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) específicamente en el hospital La Raza donde se inicia un programa de evaluación de calidad en salud con la revisión de expedientes clínicos, y es hasta 1972 cuando se forma una comisión de supervisión médica que evolucionó para convertirse en un área destinada a la evaluación médica, la finalidad estaba relacionada con sistematizar diversas actividades de evaluación y seguimiento de los programas implementados en el trabajo en equipo; se logró conjuntar esfuerzos inter y multidisciplinarios que permitieron buscar resolver los grandes problemas de bienestar de la calidad de vida de los mexicanos⁴³.

Los estudios relacionados con la calidad y la mejora continua se preservaron hasta la década de 70's enfocando los esfuerzos a la revisión de expedientes clínicos.

En 1972, el concepto auditoría médica es modificado por el de evaluación médica, la Subdirección General Médica del IMSS publica un fascículo de "instrucciones" para la evaluación de la calidad de la atención, adoptado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y por el ISSSTE.⁴⁴

A partir de 1974 las publicaciones relacionadas con la evaluación médica se destinaron a temas relacionados con la atención clínica y el quehacer profesional de médicos y enfermeras; considerando entre otros elementos la importancia de la relación médico-paciente y el reconocimiento del personal en el desempeño de sus actividades, incluyendo esporádicamente a los trabajadores sociales en sus comentarios.

En mayo de 1978 se realizó un seminario sobre evaluación en el sector salud, organizado por la SSA, los representantes de los institutos presentaron diversas ponencias sobre evaluación hospitalaria y la calidad de la atención otorgada, que permitió intercambiar experiencias y procedimientos.

Entre 1985 y 1986 destaca la implementación de nuevos enfoques teórico metodológicos, en los diferentes niveles de atención.

Los Institutos Nacionales de Salud por su parte, establecieron sistemas de evaluación de la calidad de la atención, destacan los primeros círculos de calidad desarrollados en el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA⁴⁵. En 1983 se implementan dichos círculos en hospitales de alta especialidad del IMSS, y en el Hospital General "Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

⁴³ Barquín, C. *Hospital de La Raza, 35 años. cuestión social IMSS*, Ed. IMSS, México, 1980, vol. 15 p.15-25

⁴⁴ *Ibidem.* p. 23

⁴⁵ Ruelas Barajas, E. y Col. "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología", Ed. Salud Pública Mexicana, No 32, México, 1983, p.207-220

A finales de la década de los 80's el Consejo Nacional de Salud Pública pone en práctica manuales de autoevaluación para los estados en los que se llevó a cabo la descentralización de servicios de salud a población abierta, se introdujeron elementos de análisis que se relacionan con la situación de la estructura hospitalaria, la satisfacción de los usuarios y proveedores de los servicios médicos, en 1987⁴⁶ el grupo Interinstitucional de Evaluación unificó criterios en cuanto a la calidad de la atención en el Sistema Nacional de Salud, en donde se determinaron los principales aspectos relacionados con el tema, las variables, se refieren a:

- a) Accesibilidad
- b) Oportunidad y atención integral al paciente
- c) La satisfacción del prestador de servicios

En 1989⁴⁷ se creó en el Instituto Nacional de Salud Pública la Unidad de Estudios sobre la Calidad de la atención a la salud, con lo que se dio impulso a la educación sobre el tema y asesorías a diversas instituciones del sector público y privado en diferentes regiones del país y en América Latina.

Es hasta la década de los 90's cuando se logra identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios de salud.

En 1992 durante el Foro Internacional sobre Gestión Pública en Salud "caso de México" se presentaron los trabajos "Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad: de los Conceptos a las Acciones" y "Eficiencia en la Prestación de los Servicios de Salud" por el Dr. Ruelas Barajas y Durán González respectivamente, los cuales contribuyeron a la conceptualización de la calidad de la atención en este país, sin embargo, hasta el momento se han planteado diversos criterios relacionados a la definición del concepto de calidad y a la necesidad de abordar el tema como asunto prioritario en cuestiones de salud.

En lo que respecta al sector privado en ese mismo año surge la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud que en coordinación con la International Society for Quality in Health Care, organizan el "IX Congreso Mundial de Calidad en Servicios de Salud"⁴⁸ realizado por primera vez en un país de América Latina; entre los ponentes se contó con la presencia del Dr. Avedis Donabedian y Genaro Vega con resultados de la evaluación de unidades de atención, Vouri de la OMS con perspectivas regionales de la garantía de la calidad, entre otros, trabajos que describen las posturas en cuanto a modelos de atención (Calidad en Salud, Donabedian y calidad total, Deming).

La preocupación por los servicios de calidad tomó auge con la campaña presidencial de Carlos Salinas de Gortari que identifica por primera vez los conceptos de "Calidad y Calidez"

⁴⁶ Sector Salud. *Grupo básico Interinstitucional de evaluación para la salud, bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud.*, Ed. Secretaría de Salud, México, 1987, p. 70

⁴⁷ Instituto Nacional de Salud Pública. *Programa de la maestría en investigación y programa en investigación de hospitales impartidos en el INSP.*, México, 1990. p. 32

⁴⁸ Ruelas Barajas, Enrique, Zurita Beatriz, "Nuevos Horizontes de la calidad de la atención a la salud", en *Rev. de Salud Pública de México*, Ed. INSP, mayo-junio, Vol. 35, No 3, México, 1993 p. 20.

reforzando el interés y la necesidad de poner atención al sistema de salud, enfocado a la relación interpersonal entre el usuario y el prestador de servicios.

En 1995 se crean las primeras empresas privadas especializadas en la consultoría sobre calidad, enfocadas en un concepto retomado del modelo japonés de mejora continua de la calidad técnica, se especializan en la evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios de salud, el modelo considera fundamentalmente la satisfacción del "cliente" a consecuencia de la corriente eficientista y empresarial, su preocupación por la satisfacción, está enfocada a la obtención de un producto, entre sistemas de coberturas o de seguros médicos privados favoreciendo a los sistemas de globalización y libre mercado, pretenden satisfacer al cliente y asegurar su preferencia.

En 1996, como estrategia para satisfacer las inconformidades y demandas sobre calidad, se instauró, la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), orientada hacia la asesoría y conciliación entre los prestadores de servicios y sus pacientes.

A su vez se generó, la norma técnica número 52 de la SSA publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 1996 para la evaluación de la atención médica que retoma los conceptos aceptados internacionalmente con base en la teoría de sistemas y modelo propuesto por Donabedian, Estructura-Proceso y Resultado, se diseñaron instrumentos, procedimientos y criterios para la captación y el análisis de la información.

A partir de 1997, las investigaciones relacionadas con la calidad aumentaron considerablemente, por la importancia y preocupación que se tiene en cuanto a la atención que reciben los pacientes, la satisfacción del prestador de servicios, y de la institución.

En 2001 el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" realizó una investigación, enfocada desde la perspectiva del usuario de diferentes servicios⁴⁹; en él contemplan la atención recibida por Trabajo Social, donde la opinión de la población fue favorable, el estudio se realizó con cuestionarios de auto aplicación enviados vía correo y el porcentaje de respuesta fue bajo (25%)⁵⁰ lo que obliga a realizar investigaciones continuas sobre la calidad de los servicios.

En la actualidad, las evaluaciones relacionadas con la calidad de la atención han aumentado considerablemente, enfocadas básicamente en la percepción de la población y la satisfacción de las expectativas que este tiene de los servicios de salud. Las políticas actuales sobre calidad implementadas por el gobierno federal, reconocen la necesidad de capacitar al personal de salud que proporciona servicios, sin embargo la corriente con enfoque empresarial o de "Calidad Total" se encuentra a la vanguardia; en el contexto internacional en lo que se refiere a los servicios de salud, la lucha por la competencia es prioritaria

⁴⁹ El Instituto realiza investigaciones sobre la calidad de la atención de manera interna, sin publicación.

⁵⁰ Velásquez Pérez, Leora, Sotelo Julio, "Calidad de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS" punto de vista del usuario, en: Rev. Archivos de Neurociencias, Vol. 6 N. 1 enero-marzo, 2002, p. 15-19

La calidad actualmente está enfocada a la competencia constante, se busca tener al mejor cliente y lograr su satisfacción y aceptación, lo que implica que las personas con mas recursos económicos serán capaz de pagar los mayores avances tecnológicos, sin ser sensibles a la población abierta que no puede pagar servicios de alto costo; es necesario identificar que la calidad debe proporcionarse sin importar la condición socioeconómica de la población, por el simple hecho de ser seres humanos.

Las investigaciones realizadas en años anteriores y muchas más que no fueron mencionadas están enfocadas básicamente al modelo estructura- proceso y resultado que puede ser utilizado desde el aspecto médico o social, que permite identificar los elementos relacionados con la mejora de la calidad, sin considerar al usuario como una parte más de los procesos de producción, considerando que los profesionales de la salud y, en especial, los trabajadores sociales, deben actuar por el bienestar de los individuos y el bienestar social, razón por la cual se tomó en cuenta el modelo propuesto por Avedis Donabedian, para la presente investigación.

1.3 MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

La necesidad por mejorar la calidad de los servicios sanitarios se ha convertido en una prioridad, que requiere de la evaluación constante de las instituciones de salud, y de las personas que laboran dentro de éstas.

La evaluación de la calidad puede ser vista desde diversos enfoques teóricos, dependiendo de la intencionalidad que se de a la investigación en el campo de la salud.

Actualmente es posible seguir tres orientaciones teóricas:

- a) La calidad centrada en los actos y procedimientos técnicos.
- b) La calidad centrada en las expectativas del paciente / cliente
- c) La calidad como herramienta gerencial.

Las personas que definen en cada caso la evaluación son distintas; los primeros, son los profesionales de mayor capacitación académica; en el segundo caso, los usuarios de los servicios y, en el tercero los que conducen y administran los sistemas de salud; cada enfoque requiere de técnicas y procedimientos diferentes, sin embargo no son excluyentes, por el contrario cada uno aporta elementos que permiten mejorar errores y planear acciones.

La calidad puede ser evaluada bajo tres grandes dimensiones a nivel:

1. - **MACRO:** Relacionado con las políticas que abarcan y valoran la orientación política de un país, así como normas y leyes que se toman con respecto a la salud; se relaciona directamente con la organización, participación y responsabilidad del Estado, los financiamientos y presupuestos asignados.

2. - **MESO:** Corresponde a los sistemas y subsistemas de salud, se refiere a la apreciación en los sistemas intermedios como el subsector público de obras sociales y privado, en estos casos la calidad se relaciona con dimensiones individualizadas como el desempeño gerencial, técnico asistencial y la capacidad y actividad social de los sistemas.

3. - **MICRO:** La calidad se enfoca en los establecimientos sanitarios, desde un consultorio, servicios dentro de un equipo, hasta un hospital de alta especialidad.

En la evaluación de la calidad de la atención, se contempla la organización estructural y los resultados medidos por el bienestar médico y social de los usuarios, que implica elementos dinámicos de mejoramiento permanente, a partir de la prestación de los servicios por la institución reflejados de manera individual en los juicios, deseos y satisfacción de las expectativas del usuario (valorado a través de encuestas de opinión) que espera servicios accesibles, tanto en funciones, distancia y transportes, así como en los trámites que realizará para su atención en la unidad, con educación, cortesía, oportunidad e información suficiente por parte de los prestadores de los servicios; y de manera social, relacionado con el cuidado que proporciona el profesional de forma individual a cada uno de los pacientes con el propósito de preservar las funciones fisiológicas que le permitan integrarse a la actividad social.

Es importante identificar que la perfección de un servicio puede parecer inalcanzable, sin embargo se requiere de una "cultura de la calidad" que sobresalga en cualquier institución.⁵¹

Actualmente existen diversos modelos para evaluar la calidad de la atención, dependiendo de los objetivos establecidos para los cuales serán aplicados; la corriente de calidad ha sido una preocupación mundial, sin embargo las necesidades son muy variables.

Básicamente podemos hablar de tres modelos que pretenden un objetivo común: la calidad total de los servicios desde diferentes perspectivas; algunos pretenden mejorar la calidad con base en la disminución de los costos para la institución y para el usuario, así como el libre mercado que permita a cada individuo, tener la capacidad de elegir el lugar y las personas con las cuales quiere ser atendido, de tal manera que se pretende lograr la calidad total, mejorando la organización y maximizando los recursos o, dicho de otra manera, planear una "reingeniería" de los servicios.

Algunos otros están relacionados directamente con la disminución de los costos y el aumento de los beneficios y mejoras continuas en las relaciones interpersonales, (modelo de atención a la salud), así como el impacto social para la población con respecto a su estado de salud, donde la calidad total será lograda, si es posible cambiar las actitudes, de los profesionales y se trabaja constantemente en formar una cultura de calidad entre la población; y, por último, existen los modelos relacionados directamente con la mercadotecnia, donde la calidad total se logra con la satisfacción del usuario, mejorando así la demanda y garantizando la afluencia de personas y, por lo tanto, la permanencia de la institución que se encuentra compitiendo constantemente con el libre mercado y diversas instituciones que persiguen el mismo fin.

Debido a lo anterior, en la presente investigación se hará hincapié, a los dos primeros modelos, por ser los más utilizados por el gobierno federal y los investigadores relacionados con los servicios de salud.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional, durante los últimos 20 años se han justificado en el modelo desarrollado por el Dr. Avedis Donabedian, denominado modelo de calidad en salud, razón por la cual será el marco teórico a seguir durante la investigación.

⁵¹ Donabedian, A. *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad en salud pública*. En *Rev. de Salud Pública México*, Vol. 35, No. 3, mayo-junio, 1995, p. 245

1.3.1 CALIDAD TOTAL

Con el sinónimo de calidad en salud, modelo eficientista o garantía de calidad en salud, surge uno de los modelos utilizados en Japón, Brasil, Chile, Colombia y, actualmente, en México.

Este modelo es considerado como un proceso técnico, científico, administrativo y financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de los servicios de salud, con el alto grado de utilización de los mismos, con excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen,⁵² se pretende ampliar la atención médica convertida en un bien de consumo competitivo y rentable de acuerdo con la eficiencia que se logre.

Los principales representantes en el desarrollo de la calidad total y mejoramiento continuo son Deming E., J. Jurán, Ishikawa, pasando por diferentes momentos históricos.

El modelo está enfocado básicamente en el consumidor como árbitro final de la calidad, es él quien decide, si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas, el objeto no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor, sino también lograr su entusiasmo, confianza y fidelidad futura, a través del compromiso del conjunto de la organización, con la participación del personal y la mejora continua de los procesos y sus relaciones, existe un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos.

El consumidor se convierte en una parte lineal de la producción ya sea al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera la información para su mejoría, aceptan que el conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad; sin embargo la aceptación del consumidor es la que finalmente valida el juicio.

Para este modelo los costos forman parte de la definición de calidad, porque para el cliente:

Precio y calidad están interrelacionados, de esta forma, el control de los costos se convierte en un elemento necesario para asegurar la satisfacción del consumidor y, en consecuencia, para generar ventas y éxito financiero.

Las deficiencias de la calidad se manifiestan por la no calidad, ocasionada a causa de una mala planeación del diseño y producción de bienes y servicios, que finalmente generan un costo mayor. "La calidad no cuesta, lo que cuesta es la no calidad" (Ishikawa)

⁵² Malagón Londoño Gustavo, Galán Morera Ricardo, *Garantía de calidad en salud*, Ed. Médica Internacional, Bogotá, 1999, p. 37

ACTORES DE LA CALIDAD TOTAL

Básicamente se espera mejorar el proceso de producción, que está sujeto a un monitoreo continuo, para asegurar el cumplimiento del diseño; uno de los componentes fundamentales, es considerar que la calidad debe satisfacer a los distintos actores que se agrupan en dos categorías:

- a) Clientes externos
- b) Clientes internos

Los primeros incluyen tanto a los beneficiarios como a los proveedores de servicios, que también se consideran actores de la calidad.

En el segundo grupo se toman en cuenta trabajadores de la salud, administradores y dirigentes o dueños de los servicios, pero como interdependientes, es decir que habrá calidad si cada unidad de producción interna entrega a los demás servicios completos y sin demoras o errores, de lo contrario un error puede modificar la calidad de un producto o un servicio.

La calidad es importante por que se permiten controlar costos innecesarios, evitar demandas por errores diagnósticos o terapéuticos, así como mayor cobertura de los servicios de salud.

EVALUACIÓN Y MONITOREO

Se realiza como un ciclo de actividades y estrategias específicas, actualmente se utilizan diferentes métodos y plantillas para trabajar, las auditorias y monitoreos en los servicios de salud, enfocados básicamente en planeación estratégica así como lo relacionado a fortalezas y debilidades (FODA O DOFA), el método Deming, y sus doce pasos; los resultados obtenidos dan cierta precisión tanto en la evaluación y explicación de la calidad, así como en la toma de decisiones.

A partir de la ubicación de los problemas, se pretende llevar a cabo el proceso de "reingeniería" que pretende el cambio organizacional para la mejora continua y, por consiguiente, la calidad total.

Las evaluaciones son generalmente de tipo ex ante (previa al acto profesional), principalmente para justificar la implementación de autorizaciones previas, para internaciones prácticas, costosas o poco conocidas, relacionadas con el control de gastos y la limitación de prácticas innecesarias.

Actualmente México está adoptando este modelo para las acciones de salud, se pretende lograr mayor calidad de los servicios, bajo dos perspectivas fundamentales:

- a) La satisfacción de la población
- b) Mejora continua en la organización de los servicios de tipo técnico y económico.

Sin embargo la satisfacción por el otro (paciente, usuario o cliente) es más bien producto de la globalización y privatización ligada a la competencia entre sistemas de cobertura, de tal suerte que aquellos que no logren la calidad necesaria, están tendientes a desaparecer o ser remplazadas.

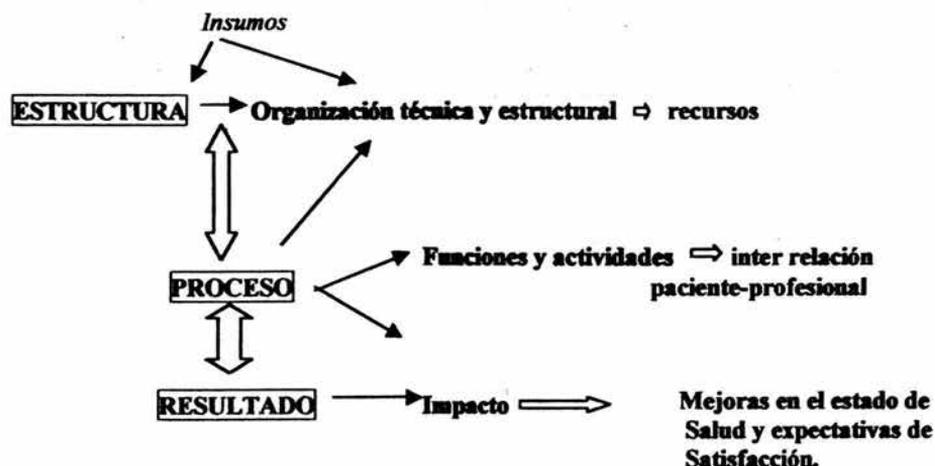
1.3.2. MODELO DE CALIDAD EN SALUD.

El modelo médico o de atención a la salud, denominado así por Donabedian, surge con el fin de evaluar la calidad de la atención de los servicios, utiliza técnicas y procedimientos que tienen su origen en el área de la salud.

A diferencia del modelo industrial (calidad total) en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad del servicio, en este modelo se coloca especial atención en el desempeño de las unidades asistenciales, de modo que los integrantes son los que hacen el mayor aporte a la población; razón por la cual para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema, sino de conductas.

El modelo se basa fundamentalmente en la obligación de reconocer la satisfacción del usuario, mediante la prestación de servicios convenientes y aceptables, se valoran las preferencias del paciente informando tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Avedis Donabedian, que propone el análisis para medir el grado de calidad alcanzado en comparación con lo deseado (ideal, posible, básico, óptimo); identifica la calidad en lo técnico-científico, la interrelación profesional-usuario, así como la satisfacción del paciente y proveedor, centra la evaluación a partir de las tres dimensiones que propone en su modelo de evaluación que puede esquematizarse de la siguiente manera:



Cada uno de los elementos pueden ser evaluados de manera individual, sin embargo se relacionan íntimamente. Este modelo considera a la calidad como un sistema, busca el cambio de actitudes y conductas del profesional de la salud, las cuales lograrán impactos en la optimización de los recursos y en el bienestar individual y colectivo de la población que recibe los beneficios.

Los componentes que se determinan para la evaluación de la calidad de la atención, consideran los siguientes elementos:

a) ESTRUCTURA: Relacionada con las comodidades (amenidades) en instalaciones físicas, instrumentos y recursos humanos, físicos y financieros que se requieren para proporcionar atención, contempla atributos como ubicación geográfica de las instalaciones, estructura organizativa, número y distribución de los recursos, junto con las características del personal profesional y la calidad técnico científica.

La estructura es importante en la calidad, pues de las condiciones físicas y estructurales, puede aumentar o disminuir una buena atención; sin embargo, es necesario identificar que las mejores instalaciones no garantizan mayor calidad.

b) PROCESO: Serie de actividades secuenciales metodológicas que se llevan a cabo entre pacientes y profesionales, la calidad del proceso está definida como el comportamiento normativo, abarca elementos y/o atributos como:

1. *Oportunidad de la atención*, implica otorgar los servicios en el momento que son requeridos:

- Accesibilidad de la unidad, ubicación y vías de comunicación internas, así como la claridad de los trámites administrativos para hacer uso del servicio.
 - Tiempo de espera para recibir la atención, con cita o sin cita, horario de atención, y que el personal se encuentre en su lugar de trabajo, en el horario establecido.
2. *Atención integral*, se refiere a la continuidad de la atención (seguimiento), prevención y/o rehabilitación a través de la referencia, contrarreferencia, coordinación y comunicación con otras instituciones de salud⁵³

c) **RESULTADO:** Se entiende como el producto o impacto en el usuario y mejoras en el estado de salud, se consideran las relaciones interpersonales entre el prestador del servicio y el usuario, se identifica las expectativas, reflejado en la percepción general de la atención recibida y los cambios en el estado de salud, se valoran por medio de encuestas de opinión, se pueden considerar los siguientes aspectos:

- El trato recibido por el profesional
- Ambiente (rapport) de las instalaciones, temperatura, privacidad, comodidad, limpieza, funcionalidad, señalización.
- Información adecuada del personal de salud
- Material administrativo suficiente: hojas, sellos, fichas de pase, por nombrar algunas.
- Suficiente personal de salud en número y capacidad técnico científica, adecuadas al nivel que se otorga.
- Satisfacción de los resultados, impacto⁵⁴

El conjunto de estos atributos permite integrar en un solo marco los beneficios, costos y riesgos de los servicios médicos, los aspectos técnicos e interpersonales, así como los diversos niveles de análisis de la atención proporcionada; Donabedian argumenta que la calidad es una actividad dinámica, continua y exhaustiva de identificación permanente de fallas en las acciones y procedimientos cotidianos, los cuales deben revisarse, actualizarse y publicarse rutinariamente.

En este modelo, los profesionales de la salud, actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios o la industria; por una parte, son responsables del bienestar de los individuos y, por la otra, del bienestar social, encaminados a lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud y las necesidades fundamentales de la relación entre los costos y la calidad⁵⁵, basados en tres dimensiones propuestas que en su conjunto, hacen evidente el grado de calidad en que se otorgan los servicios a la población:

⁵³ Sector Salud, Grupo básico interinstitucional de evaluación, *Manual de evaluación de la calidad de la atención médica*, julio 1992, México D.F., pp.46-49

⁵⁴ Aguirre Gas H. y Col. *Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*, Salud Pública de México, 1990, p 23

⁵⁵ Donabedian A. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad" en Rev. de Salud Pública México, mayo-junio 1993. Vol. 35. N. 3 pp.26-28

A) Dimensión técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario, con un mínimo de riesgos, es decir, que el prestador de servicios de salud cuente con los conocimientos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades con el usuario, la falta de capacidad técnica puede traer consigo riesgos a la salud.

B) Dimensión interpersonal, se refiere a la interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios, involucra una actitud de atención e interés por servir por parte de éste, pero además el respeto y la cordialidad mutua que deben enmarcar la relación, se toma en cuenta la responsabilidad de actuación, la imparcialidad en las decisiones, veracidad de información, claridad de lenguaje y discreción absoluta como factores que contribuyen a que dicha relación sea satisfactoria.

C) Dimensión estructural (amenidades) Involucra las características del lugar en que se propicia el servicio; incluye las condiciones físicas y de limpieza, iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado.

En este modelo se pretende rebasar la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión de las relaciones interpersonales, de la eficiencia como primer plano y después por la optimización de los recursos; la preocupación básica está encaminada al bienestar individual para llegar al bienestar colectivo.

Se pretende ampliar la valoración de la calidad de manera que incluya “no solo la contribución médica a la atención de la salud si no de todos los proveedores del paciente y su familia”.⁵⁶

Las **deficiencias** están fundamentadas en el desempeño del sistema en general de tal manera que se afirma que los factores fundamentales de calidad, son inherentes al diseño de los sistemas y procesos llamado “estructura”, a la revisión constante de la actividad que se realiza: “proceso” y, al impacto que genera en la población y los beneficios de la salud, “resultado”; si en algún momento uno de estos elementos no funciona adecuadamente, existe entonces una deficiente calidad, aunque en general el mayor peso lo tienen el proceso y resultado.

EVALUACIÓN Y MONITOREO

Está dada por estándares generados internamente y sometido a revisiones periódicas que son claves para mantener el proceso y los resultados para detectar errores, tomando en cuenta:

- ✓ Respetar los intereses de la institución
- ✓ Considerar la posibilidad real de las acciones planteadas.
- ✓ Preservar la rigurosidad y discreción en la obtención de información.

⁵⁶ *Ibidem op. Cit.* p. 28

Todo a partir de la trilogía planteada en la evaluación del servicio, básicamente para obtención de los resultados se utilizan dos técnicas básicas:

- a) Evaluación de técnicas cuantitativas
- b) Evaluación con técnicas cualitativas

En el primer caso la información se logra mediante el conteo caso por caso, hecho por hecho, de un evento o situación específica (personas atendidas, índices de mortalidad, variables sociodemográficas).

La segunda evaluación está relacionada directamente con la opinión de los actores consultados individual o grupalmente, sobre el impacto o calificación de los eventos, las principales técnicas cualitativas que se han integrado son:

- Entrevistas y redes informantes claves
- Talleres de confrontación
- Encuestas de opinión

La necesidad constante por mejorar los servicios desde esta perspectiva obliga a los profesionales a darse cuenta de la importancia del trato humano, sea cual sea la situación que se presente sin importar el nivel socioeconómico del paciente, cada uno es importante por el simple hecho de estar vivo “ la competencia por si sola no es capaz de mejorar la eficiencia y eficacia de la atención, ni siquiera es capaz de reducirla , la comercialización de la atención es un gran error, la salud es una misión, una empresa moral y científica, pero no una empresa comercial en si misma, no se está vendiendo un producto, no hay realmente un cliente que entiende un todo y hace elecciones de compra, por el contrario el profesional debe entender que su labor es una suerte de ética y vocación”⁵⁷

La evaluación y la calidad deben verse como procesos para la mejora continua, tomando como base que los usuarios de los servicios de salud, constituyen la razón de ser de las instituciones médicas, y son ellos quienes tienen la última palabra en cuanto a la calidad con la que son atendidos.

Cada uno de los modelos aquí planteados y otros no mencionados, en suma, son esfuerzos encaminados a la mejora de los servicios, sin importar cual es mejor o peor, lo importante es que se preocupan por el beneficio de la población.

Para identificar cada uno de los elementos conceptuales relacionados con el modelo propuesto se entiende por:

ATENCIÓN: Al tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional de manera individual, a un episodio de enfermedad o necesidad claramente definida en un paciente dado.

⁵⁷ <http://www.icas.net/docs/avedis-d.doc>. “Avedis Donabedian y la calidad de atención en salud”

ATENCIÓN TÉCNICA: A la aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo de un problema de salud, el grado de calidad es favorable cuando existe un equilibrio entre el riesgo y beneficio.

ATENCIÓN INTERPERSONAL: Interacción social y económica entre el usuario y el profesional, se da a partir de expectativas y aspiraciones de los pacientes, se mide por el grado de apego a los valores, normas y aspiraciones personales e institucionales.

ATENCIÓN ESTRUCTURAL: Se refiere a las amenidades: material, infraestructura, luz, y recursos materiales.

ACCESIBILIDAD: Se considera cuando es fácil de iniciarse y mantenerse la atención, está influida por la cantidad y tipo de servicio, también relacionado con todo tipo de acceso para obtener el servicio.

EFFECTIVIDAD: Conseguir mejoras en la salud, optimizando el impacto de la morbi mortalidad sobre un grupo poblacional definido.

EFICACIA: Medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales.

EQUIDAD: Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos.

SATISFACCIÓN: Puede verse como el juicio del paciente sobre la calidad o la "bondad" de la atención, representa la evaluación del paciente acerca de la calidad, la evaluación que hace el paciente como satisfacción, puede ser detallada y concierne a los escenarios, amenidades, tratamiento técnico características de la atención interpersonal, consecuencias fisiológicas, físicas y psicológicas o sociales del cuidado; una suma y un balance subjetivo de estos juicios detallados representan la satisfacción⁵⁸.

⁵⁸ Donabedian A., *La calidad de la atención médica*, Ed. Científicas, México, 1984, p. 5-6

1.3.3 IMPORTANCIA DE LA PERCEPCIÓN DEL PÚBLICO USUARIO EN LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN.

Para poder comprender la importancia de la percepción del público que asiste a recibir servicios de salud⁵⁹, es necesario entender que las instituciones están creadas con un fin específico: brindar servicios en beneficio de la población y, por ende, de la sociedad.

El usuario es:

- La razón de ser del servicio
- Es la persona más importante para la institución
- No depende de la institución, la institución depende de él
- Es quien tiene la última palabra en cuanto a la calidad con la que son atendidos

Razón por la cual la impresión del usuario, respecto a la calidad del servicio recibido, supone necesariamente la comparación entre sus expectativas y la percepción del resultado obtenido.

La evaluación que hace el paciente y/o familiar puede ser detallada y concierne a los escenarios, amenidades, tratamiento técnico, características de la atención interpersonal, consecuencias fisiológicas, físicas y psicológicas o sociales del cuidado; la suma y balance de estos juicios detallados representa el nivel de calidad proporcionado.

Independientemente del modelo utilizado, todos están enfocados a la satisfacción del usuario, la perspectiva que cada uno de los pacientes forma del servicio, es considerada como un indicador confiable para evaluar la calidad de la atención.⁶⁰

Definitivamente evaluar periódicamente a cada uno de los prestadores de servicios, requiere un proceso detallado de actividades y observación directa en algunos casos de lo realizado; sin embargo, muchas de las veces la atención que proporciona un profesional cuando se sabe observado, puede no ser la misma, que cuando se siente en entera confianza; los malos tratos, la falta de información, la ausencia de los prestadores de servicio en horarios de trabajo y las deficiencias generales, sólo las puede percibir y describir la persona que ha sido atendida, algunas de las estrategias radican en pacientes simulados, y algunas otras en las encuestas a la población.

⁵⁹ Considerados como "todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad" Ley General de Salud cap. 1 art. 23

⁶⁰ Donabedian, A. *La calidad de la atención médica*, Ed. Científicas, México, 1984, p. 32

El usuario cumple diversos roles dentro de los procesos de evaluación de calidad:

1. **Definidores de la calidad**
2. **Evaluadores de la calidad**
3. **Informantes de la calidad**
4. **Coproductores de la atención**
5. **Ejecutores de la garantía de calidad**
6. **Controladores de los prestadores**
7. **Reformadores del servicio.**

Amén a esta lógica y debido a la importancia del usuario, se han desarrollado diversas acciones, con la finalidad de mejorar la comunicación entre la población y las instituciones, de manera que se logren abrir espacios de expresión directos, que permita la mejora continua.

1.4 POLÍTICAS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN MÉXICO

Ante las constantes quejas, incorformidades y desconfianza de la población frente a los servicios de salud pública, el Gobierno Federal se ha visto obligado a seguir políticas y estrategias, relacionadas con la mejora de los servicios, basando sus acciones en lineamientos que permitan la expresión de las incorformidades, intentando así disminuir las desigualdades entre los grupos sociales y zonas geográficas, de manera que se pueda incrementar a la población el acceso oportuno al tratamiento requerido, para que sea suficiente y con calidad.

1.4.1 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

En los últimos años se han obtenido valiosos avances en materia de salud, sin embargo persisten rezagos importantes y problemas emergentes, que requieren de inmediata atención, actualmente es imprescindible de la participación ciudadana, y de las acciones coordinadas de las instituciones de salud y, muy particularmente, de los profesionales que trabajan dentro de estas, de manera que brinden una atención responsable comprometida y con calidad y calidez.

Para enfrentar las deficiencias y problemáticas existentes se han definido cinco objetivos relacionados con el área Desarrollo Humano y Social del Plan Nacional de Desarrollo (PND), como respuesta a la demanda de la población que requiere mayor cobertura y calidad en los servicios de salud, se resumen en los siguientes puntos:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
- Abatir las desigualdades en materia de salud
- Garantizar el trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
- Ofrecer protección financiera de índole pública.
- Fortalecer el sistema de salud, en particular las instituciones públicas

Con los cuales se plantea, entre otras cosas, ampliar la cobertura de los servicios, garantizar la calidad de atención e incrementar la eficiencia de los profesionales, en beneficio principalmente de la población abierta, a través de la descentralización, reforzando el principio de equidad, considerando los desequilibrios regionales, para poner fin a aquellos problemas que afectan a varios grupos de la población y que permitan al país un desarrollo con miras a un “crecimiento con calidad.”

1.4.2. LEY GENERAL DE SALUD

Para poder cumplir los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, la Secretaría de Salud, a través del programa de reforma del Sector Salud, propone realizar plenamente los principios de la constitución política y la Ley General de Salud, apuntando a superar las actuales limitaciones, reorganizando el presupuesto destinado y, estableciendo los criterios generales para hacer más eficientes los servicios de salud de las instituciones en el marco legal que corresponde a cada uno de ellos.

La Ley General de Salud, busca reforzar los recursos al fomento de vida saludable, programas de medicina preventiva y la garantía del abasto de medicamentos e insumos esenciales así como los recursos humanos necesarios para la adecuada prestación de los servicios, a partir del marco legal correspondiente para dicho fin.

El título tercero establece los lineamientos y reglamentos para la prestación de los servicios de salud en materia de servicios, relacionados con la atención médica, en los artículos 50, 51, 54, 89, los cuales refieren lo siguiente:

- Los usuarios tienen derecho a obtener atención oportuna de calidad así como trato respetuoso.
- Las autoridades sanitarias y las propias instituciones de salud establecerán mecanismos para que los usuarios presenten quejas respecto a la prestación de servicios.
- Las autoridades sanitarias, educativas e institucionales de salud establecerán normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos.

A partir de estos lineamientos generales se pretende garantizar el acceso oportuno y con calidad a los usuarios, así como generar una cultura de la calidad por medio de la capacitación y sensibilización del personal de labora al servicio de la población.

1.4.3 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006

En materia de innovación y tomando como base el marco legal establecido, la Secretaría de Salud y el Sector Salud en su conjunto, se ha dado a la tarea de reforzar, renovar y promover actividades que incorporen nuevas políticas, estrategias y líneas de acción para facilitar una cobertura total de la población que no cuenta con sistemas de seguridad social, enfocando mayor atención a la calidad de los servicios de salud y, reforzando el principio de equidad para poner fin a aquellos rezagos que afectan a varios grupos de la población.

Además de contribuir a mejorar los servicios de salud de la población el PNS 2001-2006, pretende enfrentar retos importantes, dos de ellos encaminados a la equidad y calidad, el primero está enfocado a maximizar los alcances científicos y tecnológicos para la población de escasos recursos, intentando disminuir los índices de mortalidad y, el segundo, contempla responder de forma adecuada a las expectativas de los pacientes.

A raíz de los resultados obtenidos en la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud realizada en 2000 se detectaron problemas en el comportamiento técnico así como en la calidez de la atención⁶¹ lo que obliga a ofrecer servicios de salud efectivos que respeten la dignidad, autonomía y confidencialidad, así como un trato adecuado y disposición de los servicios básicos en tiempos razonables. Para lograr superar los retos se establece como misión:

“Contribuir a un desarrollo humano, justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población...”

Para cubrir los problemas que enfrenta el sector salud en materia de calidad, se plantea como estrategia desplegar una Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, se establece como punto prioritario dos dimensiones fundamentales “la técnica y la interpersonal”

El Programa Nacional de Salud, destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer demandas, y cubrir necesidades; es en esta tónica que se busca contribuir a una transformación de los servicios de salud.

⁶¹ Para mayores datos consultar el Programa Nacional de Salud 2001- 2006 p. 54-56

1.4.3.1 CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El compromiso del Gobierno Federal incluye dos grandes acciones concretas: ofrecer un trato digno a los usuarios y/o familiares, y mejorar constantemente la calidad técnica de la atención en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, la Cruzada propone:

- Mejorar la calidad de los servicios abatiendo desigualdades regionales.
- Garantizar trato digno a los usuarios, proporcionar información completa y atención oportuna
- Ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a los trabajadores que participan en los procesos de atención.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno que ofrecerá la Cruzada a los usuarios se reflejará en tres puntos fundamentales:

- Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas
- Información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el usuario
- Amabilidad por parte de los prestadores del servicio.

DESAFÍOS A SUPERAR

- La baja calidad en promedio de los servicios de salud;
- Heterogeneidad de los servicios a nivel nacional;
- Percepción generalizada de una mala calidad del servicio;
- Información deficiente y poco confiable.

La visión es contribuir significativamente a mejorar las condiciones de salud, proporcionar atención integral de alta calidad y disminuir gastos excesivos por la no calidad.

LINEAS DE ACCIÓN:

En congruencia con los problemas planteados se han originado diversas líneas fundamentales de acción:

- 1.Elaboración y difusión de códigos de ética;
- 2.Definir y publicar los derechos de los usuarios y de los prestadores de los servicios médicos
- 3.Establecer sistemas de seguimiento y respuesta de quejas y sugerencias
- 4.Reconocimiento al buen desempeño
- 5.Desarrollar sistemas de información por productos hospitalarios
- 6.Estandarización de procesos y monitoreo de resultados
- 7.Promover la certificación de profesionales y establecimientos de salud
8. Reforzar el arbitraje médico
9. Mejoras de alto impacto en los procesos de atención

Cada uno de los puntos anteriores se relacionan con actividades específicas en beneficio del usuario y de la institución, entre los que podemos mencionar canales de comunicación electrónicos (página de internet), comunicación directa (oficinas y buzones de quejas y sugerencias), así como líneas telefónicas CALIDATEL, que en conjunto permiten la expresión directa de la población.

Se pretende fundamentalmente que la población perciba las mejoras en cuanto a calidad se refiere, existen actualmente 18 instituciones participantes, sin embargo dentro de las instituciones y estrategias encaminadas a la mejora de los servicios, no contempla el área de Trabajo Social específicamente, puesto que la tendencia se inclina solo al área médica (enfermería y médicos), lo que obliga a las evaluaciones y propuestas al respecto.

1.4.4.COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Como una forma para atender la insatisfacción y las demandas sobre la calidad de la atención médica, surge la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en 1996, orientada hacia la asesoría y conciliación de conflictos entre los prestadores de servicios y sus pacientes.

Con el actual gobierno de Vicente Fox, y con relación al marco legal del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, la institución fija como objetivo consolidarse como un Centro Nacional para la resolución de conflictos; pretende, en coordinación con la Cruzada Nacional, fortalecer la calidad de los servicios médicos que otorgan a los ciudadanos los prestadores públicos y/o privados para lograr los objetivos se ha establecido un sistema de gestión de calidad acordes a la norma ISO 9000 versión 2000, con lo que será posible garantizar un sistema que permita investigar las necesidades y expectativas de los usuarios sobre sus servicios, así como la calidad de la atención técnica.

La efectividad está basada en el control permanente de los procesos del servicio para asegurar el cumplimiento de los requerimientos del cliente y, por consecuencia su satisfacción; obliga a las instituciones a contar con el personal competente y actualizado en el desempeño de sus responsabilidades, pretende mantener en constante monitoreo el cumplimiento y la calidad del servicio.

Las prioridades a seguir dentro del sistema de gestión de calidad se enfocan a:

- Atender y cumplir totalmente a los requerimientos del usuario;
- La necesidad de considerar procesos en términos de valor agregado;
- Obtener resultados del desempeño de los procesos y su efectividad;
- Mejora continua de los procesos basada en mediciones objetivas.

Las actividades centrales serán:

1. Planificación de la organización y gestión del cambio.
2. Comprender las necesidades, expectativas, requisitos actuales y futuros del cliente.

3. Identificación de los procesos e interacción de la organización
4. Establecer la mejora continua como un objetivo en las organizaciones.

Como parte de las acciones de la Cruzada Nacional a fines de 2001 CONAMED presentó la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, y que tiene como objetivo, la difusión y fomento entre los prestadores de los servicios médicos de una cultura que permita satisfacer las demandas de los usuarios, así como preservar los valores humanos en las relaciones que establecen con los pacientes.

El documento se fundamenta en ordenamientos jurídicos como la Ley General de Salud y el reglamento de dicha Ley en materia de prestación de servicios de atención médica, el texto definitivo fue evaluado y validado por instituciones del sector salud, colegios, asociaciones y sociedades médicas, además de comisiones públicas de derechos humanos universales y representantes de la sociedad civil a través de diversas organizaciones no gubernamentales.

Ante la necesidad de difundir los principales lineamientos a los cuales todos tenemos derechos, a continuación se presentan los aspectos más relevantes de los puntos incluidos en:

LA CARTA GENERAL DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES:

- A) Recibir atención médica adecuada.
- B) Recibir trato digno y respetuoso.
- C) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- D) Decidir libremente sobre su atención.
- E) Otorgar o no consentimiento validamente informado.
- F) Ser tratado con la seguridad de confidencialidad.
- G) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- H) Recibir atención médica en caso de urgencia.
- I) Contar con un expediente clínico
- J) Ser atendido cuando se inconforme por atención médica recibida

Cabe destacar que estos derechos están expresados para cualquier persona que requiera de atención médica, y deben estar al alcance o a la vista del usuario.

CAPÍTULO DOS

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"

2.1. IMPORTANCIA DE LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL

Debido a la diversidad y complejidad de enfermedades existentes, el sector salud ha organizado la prestación de los servicios en tres niveles de atención, que permiten atender a la población realizando funciones específicas, sin dejar de mantener una relación directa entre los tres niveles, razón por la cual para comprender la importancia del tercer nivel de atención es necesario identificar las características específicas de las unidades médicas, las cuales se encuentran divididas de la siguiente manera:

Primer nivel: La vinculación inicial y más importante de la población con los servicios de salud se da en este nivel, por lo que constituye la puerta de entrada a los servicios de salud pública, comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente, se enfocan básicamente a preservar y conservar la salud, constituido por los centros de salud, consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar, en ellos se proporciona solo atención de consulta externa, su función primordial está relacionada con actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico protección específica y planificación familiar, así como tratamiento oportuno y rehabilitación, de aquellos padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible mediante la atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica.

Segundo nivel: Está constituido por unidades médicas con mayor complejidad, en estos lugares son atendidos problemas que requieren de servicios ambulatorios especializados y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de aquellos que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado, se efectúan acciones de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario en apoyo de las acciones realizadas en el primer nivel.

Tercer nivel: La atención proporcionada en estas unidades es de alta especialidad; (Institutos Nacionales) se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de la salud a los usuarios, referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, que requieren aquellos pacientes con enfermedades complejas; por el nivel de especialidad con el que se cuenta son de gran importancia a nivel nacional e internacional en investigación y equipo médico.

Para la población abierta proporcionan acceso a cirugías de gran nivel, con equipos de alta especialidad, a costos menores, (determinados mediante investigación socioeconómica elaborada por trabajadores sociales), atienden a población de todo el territorio nacional y en algunos casos extranjeros, que acuden en busca de servicios médicos especializados.

Sin duda alguna los hospitales de tercer nivel representan un espacio vital en la atención de padecimientos específicos de alta especialidad, docencia, así como una fuente de desarrollo científico en lo que a investigación se refiere.

2.2. ANTECEDENTES DEL I.N.N.N. "MANUEL VELASCO SUÁREZ"

Las enfermedades del Sistema Nervioso han afectado a los seres humanos desde el principio de la historia, los antecedentes de los cuales se tienen registro datan del siglo XVII A.C. donde se encontraron traumas craneoencefálicos, los estudios antropológicos muestran que alrededor del año 3000 A.C., se practicaban trepanaciones, identificadas por las huellas de los cráneos encontrados principalmente en Europa, Egipto y América.

En México cráneos descubiertos con características similares corresponden a los años 500 y 900 A.C. encontrados en Tlatilco, Monte Albán y Oaxaca; para 1880 se imparte cátedra de Enfermedades del Sistema Nervioso en la Escuela de Medicina de la Ciudad de México, de 1935 a 1940, el campo neurológico adquiere la categoría de especialidad, se establecen las primeras unidades de Neurología y Neurocirugía incluidos en las áreas de Medicina Interna o Cirugía General en diversos hospitales del país, la necesidad de mejorar la atención de los pacientes con enfermedades neurológicas obliga a pensar en la idea de un instituto que unieran esfuerzos con un mismo objetivo.

El 27 de febrero de 1952 el presidente de la república en turno Miguel Alemán Valdés decreta la creación de un instituto dedicado especialmente al área neurológica, en terrenos que actualmente ocupa el Centro Médico, sin embargo el proyecto no fue llevado a cabo, ocho años después el presidente de la república C. Lic. Adolfo López Mateos impulsa la formación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS" en febrero de 1964, fundado por el Maestro Dr. Manuel Velasco Suárez, con la finalidad de convertirlo en un Centro de asistencia, docencia e investigación de las neurociencias, ubicado en la Av. Insurgentes Sur # 3877 Col. La Fama, Del. Tlalpan, consta de una superficie mayor a los 40,000 m². y es el principal centro de referencia para enfermos del sistema nervioso, que no cuentan con algún sistema de seguridad social.

Ha sido dirigido por médicos de alto prestigio desde su fundación hasta la fecha, entre los cuales podemos mencionar a: Dr. Francisco Escobedo Ríos, Dr. Francisco Rubio Donnadicu, Dr. Jesús Rodríguez Carvajal y su actual director, Dr. Julio Sotelo Morales.

El Instituto es una entidad médica con gran trayectoria académica y goza de gran prestigio en todo el país, gracias a las investigaciones realizadas en padecimientos neurológicos y psiquiátricos, es a su vez la única institución en México que integra todas las áreas clínicas y de investigación relacionadas con las ciencias neurológicas; la dirección cuenta con la participación de más de ochenta médicos con especialidad y subespecialidad en neurociencias, trescientas enfermeras con capacitación neurológica, setenta médicos residentes en formación, psicólogos, trabajadores sociales y más de seiscientas personas de apoyo al personal médico.

Los recursos humanos de referencia se encuentran integrados en seis subdirecciones, las cuales coordinan 52 departamentos orientados a proporcionar servicio las 24 hrs. del día los 365 días del año.

Participa en actividades de investigación y docencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y con Universidades del extranjero; la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre otras organizaciones que mantienen intercambio científico, ha sido sede de congresos nacionales e internacionales, con la participación de especialistas en las ciencias neurológicas, actualmente forma parte de los 10 Institutos Nacionales de salud existentes en el D. F.

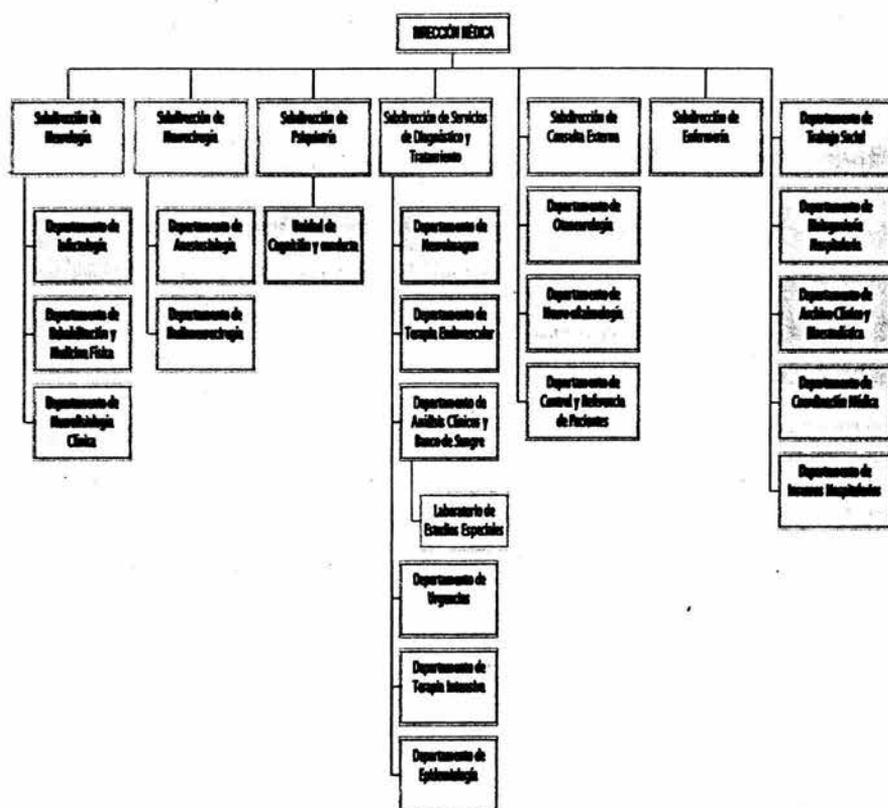
2.3 ORGANIGRAMA

La estructura institucional consta de una Dirección General de la cual se desprenden las siguientes áreas: Dirección Médica, Dirección de Investigación, Dirección de Enseñanza y Dirección de Administración, que coordinan diversas subdirecciones y departamentos:

Debido a la importancia de los departamentos y laboratorios específicos que componen la estructura institucional, se presenta de forma específica cada una de las Direcciones.

DIRECCIÓN MÉDICA

Es la encargada de proporcionar atención médica en consulta externa y hospitalización, actualmente está integrada por más de ochenta médicos con especialidad y subespecialidad en ciencias neurológicas, trescientas cincuenta enfermeras, ochenta médicos residentes y más de seiscientos profesionales de apoyo al trabajo médico, los cuales realizan actividades de prevención e investigación⁶²



⁶² Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". Publicación especial, 30 años, Ed. Dirección de Enseñanza, México, 2003, p. 76

✓ **Subdirección de Neurología:** Proporciona atención al paciente hospitalizado y ambulatorio en consulta externa, desarrolla investigación clínica aplicada, principalmente en el campo neurovascular, enfermedades infecciosas y heredo-degenerativas y cefalea.

✓ **Subdirección de Neurocirugía:** Se encarga de enfermedades tumorales, vasculares, opera fundamentalmente aneurismas, malformaciones arteriovenosas, cavernomas, extirpación de tumores en columna vertebral entre otras.

✓ **Subdirección de Psiquiatría:** proporciona atención de urgencias, consulta externa y neuropsiquiatría, brinda mayor atención en el manejo psicofarmacológico y psicoterapia, realiza actividades de rehabilitación psicosocial.

✓ **Subdirección de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento:** Coordina servicios de apoyo clínico de laboratorio y gabinete de alta especialidad.

✓ **Subdirección de Consulta Externa:** Es el primer contacto con el paciente, desarrolla funciones asistenciales, académicas y de investigación clínica.

✓ **Subdirección de Enfermería:** Se encarga de la atención integral del paciente, en áreas de hospitalización y consulta externa, participa en investigación, y se intercambian experiencias para mejorar la calidad de los cuidados y manejos del enfermo.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Entre las funciones primordiales del instituto se encuentra la investigación; la Unidad de investigación fue creada a partir de la Unidad de Investigaciones Cerebrales, cuenta con una gran trayectoria en investigación biomédica del país en todos los campos relacionados con las neurociencias, cuenta con tres edificios y próximamente una torre de investigación, consta de 10 departamentos, 36 laboratorios y servicios administrativos de apoyo divididos de la siguiente manera:



- ✓ **Departamento de Neurocirugía Experimental:** consiste en cuatro laboratorios distribuidos de la siguiente manera:
 - Neurocirugía experimental.
 - Neurootología experimental.
 - Adiestramiento en microcirugía.
 - Anatomía quirúrgica en piezas anatómicas.
- ✓ **Departamento de Investigación Clínica en Neurociencias:** desarrolla protocolos de investigación en seres humanos, difunde la importancia de la investigación clínica, evalúa y aprueba los protocolos enviados, favorece la interrelación de grupos de trabajo interinstitucionales y extrainstitucionales, nacionales o extranjeros, así como la difusión y divulgación de los resultados.
- ✓ **Departamento de Neuroinmunología:** Es el encargado de realizar investigaciones en enfermedades infecciosas, degenerativas y tumores del Sistema Nervioso Central.

✓ **Departamento de Neurogenética:** realiza investigaciones relacionadas con la enfermedad de Huntington, Alzheimer, Gerstman Straussler-Scheinker, epilepsia juvenil, Parkinson, así como actividades en el área asistencial de instituto a través de la consulta de neurogenética.

✓ **Departamento de Neurofisiología:** Enfoca sus estudios en determinar las bases del Sistema Nervioso Central de tipo normal como patológico, por medio del uso de métodos electrográficos, bioquímicos y morfológicos.

✓ **Departamento de Bioterio:** Es el encargado de la reproducción de ratones, experimentación en ratas, conejos, gatos y perros.

✓ **Departamento de Neuroquímica:** llevan a cabo proyectos de investigación en cuanto a los mecanismos de muerte neuronal, así como investigación de frontera en los procesos de neurodegeneración del Sistema Nervioso Central.

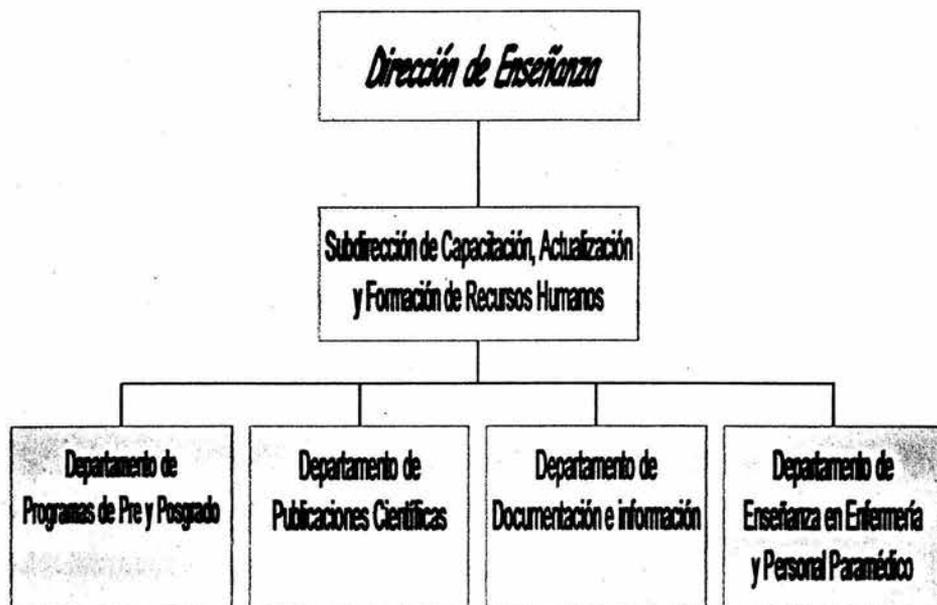
✓ **Departamento de Neuropatología:** Cuenta con tres laboratorios, desarrolla investigación relacionada con el Sistema Nervioso Central, mantiene un centro de acopio de tejido nervioso para la investigación de enfermedades neurodegenerativas.

✓ **Departamento de Estudios Sociomédicos:** Investiga las alteraciones neuropsicológicas, maltrato a la mujer y violencia familiar, y mantiene grupos de apoyo para pacientes y familiares.

✓ **Departamento de Administración de la Investigación:** controla lo relacionado con pagos de CONACYT y de industria farmacéutica, así como seguimiento de investigación clínica y básica, coordina la Reunión Anual de Investigación.

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

Es la encargada de la formación de médicos especialistas y enfermeras por medio de tres especialidades y cinco subespecialidades en ciencias neurológicas, junto con la coordinación de instituciones de educación superior, realizan actividades de capacitación al personal en general distribuido de la siguiente manera:



- ✓ **Subdirección de Capacitación, Actualización y Formación de Recursos Humanos**, de la que dependen cuatro departamentos, encargados de la formación académica, supervisión del proceso enseñanza-aprendizaje de los médicos residentes, enfermeras y estudiantes de diversas áreas que acuden a realizar servicio social e investigación, así como de los trámites administrativos frente a las instancias universitarias, edita y organiza la publicación de libros, textos, carteles y el acervo biblio- hemerográfico del Instituto

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Está integrada por cuatro subdirecciones, las cuales atienden los requerimientos de las áreas sustantivas para su óptimo funcionamiento; la conforman las siguientes subdirecciones y departamentos.

- ✓ **Subdirección de Recursos Humanos** trata todos los aspectos relacionados con los aspectos laborales de aproximadamente 1,162 trabajadores, bajo los lineamientos de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio de Estado y las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salud.
- ✓ **Subdirección de Recursos Financieros**, de ella dependen cuatro departamentos, administra los recursos presupuestales y externos como donativos y recursos de terceros, así como el pago a proveedores y el cobro de cuotas de recuperación, por servicios proporcionados a los pacientes e integra la sistematización de la información.
- ✓ **Subdirección de Recursos Materiales** formada por cuatro departamentos, los cuales establecen las necesidades de las áreas institucionales, inventarios e insumos hospitalarios.
- ✓ **Subdirección de Servicios Generales**, le dependen cuatro departamentos los cuales son los encargados de coordinar obras, conservación y mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, vigilancia, estacionamientos del instituto, limpieza, jardinería, alimentación de pacientes y trabajadores, asuntos jurídicos, comunicación del instituto, asesoría y apoyo técnico a la Dirección General de todas las áreas de Instituto.

2.4 POLÍTICAS

El Instituto funciona como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, coordinado por la Secretaría de Salud; los lineamientos y políticas de la institución se encuentran fundamentadas en el marco legal de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, la cual reconoce en el capítulo I, artículo III:

...Los Institutos Nacionales tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad y, cuyo ámbito de acción corresponde a todo el territorio nacional.⁶³

Por lo que la **visión** del Instituto es:

“incrementar el reconocimiento nacional e internacional en el campo de las neurociencias tiene el Instituto, mediante el desarrollo de investigación y tecnología de punta, aunado a la formación

⁶³ Secretaría de Salud. *Ley General de los Institutos Nacionales de Salud*, art. 2, frac. III. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Mayo 2000.

de recursos humanos de alto nivel permitan ofrecer las mejores posibilidades de diagnóstico y tratamiento que a nivel mundial se otorguen".⁶⁴

Se pretende desarrollar mejores y mayores conocimientos, en la investigación básica y aplicada en salud, así como realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas y experimentales, en las áreas biomédicas y socio médicas en el campo neurológico, así como formar recursos humanos ampliamente capacitados, para desarrollar funciones y actividades de calidad y excelencia a pacientes con padecimientos y/o afecciones del sistema nervioso, bajo los siguientes lineamientos:

- Prestar servicios de salud preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en las áreas de consulta externa, atención hospitalaria y urgencias, a la población que lo requiera, siempre y cuando el límite hospitalario lo permita, atendiendo padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.
- Atender usuarios referidos por los otros dos niveles de atención existentes.
- Prestar servicios de atención médica a la población que no cuenta con algún sistema de seguridad social, bajo los criterios de gratuidad; las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social.
- Estudiar y diseñar métodos y técnicas de investigación científica relacionado con la salud.
- Desarrollar y publicar los resultados de las investigaciones realizadas.
- Efectuar encuestas en las áreas de salud pública.
- En materia de educación, formar y capacitar personal especializado en el área de las neurociencias, impartiendo estudios de pregrado, especialidades, subespecialidades, maestrías, doctorados, diplomados y educación continua.

2.5 SERVICIOS

Tiene por objeto proporcionar Consulta Externa y Hospitalización, los servicios se realizan a través de la atención personalizada así como clínicas médicas interdisciplinarias y protocolos de investigación sobre enfermedades como el Parkinson, Alzheimer, Huntington, Esclerosis Múltiple, Neurocisticercosis, Depresión y Trastorno Bipolar, Ortopedia, Neurocirugía General, Esquizofrenia, Clínica del Dolor, Endocrinología, Enfermedad Vasculare Cerebral, Genética, Neuro-inmunología, Neuro-otología, Neuro-oftalmología, Cefalea, nervio y músculo, Neuro-oncología, Dermatología, Anestesiología y Nutrición, entre otras; actualmente cuenta con cinco niveles de hospitalización los cuales constan de la siguiente infraestructura para la Atención Médica:

⁶⁴ Información proporcionada por el departamento de Planeación y Administración del INNN, 2003.

- 4 quirófanos para cirugía de alta especialidad
- 49 camas de neurocirugía
- 38 camas de neurología
- 24 camas de psiquiatría
- 12 camas de urgencias
- 9 camas de terapia intensiva
- 9 camas de terapia intermedia
- 3 camas de estancia corta
- Unidad de rehabilitación y medicina física
- Unidad de resonancia magnética funcional de 3 teslas (equipo de última tecnología en el ámbito mundial)
- Unidad de neuroimagen
- Consulta externa
- 19 consultorios para consulta no instrumentada
- 3 áreas específicas para oto-neurología, neuro-oftalmología, electrofisiología y neuroendocrinología
- 1 sala de cómputo
- 1 bibliohemeroteca

Los indicadores alcanzados durante el año 2002 en servicios son:

<i>Consultas</i>	69,295
<i>Cirugías</i>	1,612
<i>Consultas de Urgencias</i>	11,434
<i>Exámenes de Laboratorio</i>	330,141
<i>Estudios de Tomografía Computarizada</i>	9,552
<i>Estudios de Resonancia Magnética</i>	3,914
<i>Estudios de Radiología</i>	4,183
<i>Pacientes Hospitalizados</i>	2363
<i>Ocupación Hospitalaria</i>	83.3%
<i>Promedio de Estancia Hospitalaria</i>	14 días ⁶⁵

⁶⁵ Sotelo, Julio. *Informe de Auto Evaluación del Director General*, correspondiente a las actividades realizadas por el Instituto del 1 de enero al 31 de diciembre 2001, Ed. INNN., México, 2002, p. 8

Las principales causas de consulta fueron:

- Epilepsia
- Enfermedad Cerebral Vascular
- Parálisis Facial
- Adenoma de Hipófisis
- Cefalea
- Enfermedad de Parkinson
- Neurocisticercosis

Las principales causas de hospitalización:

- Tumores cerebrales
- Esquizofrenia
- Cisticercosis
- Hemorragia cerebral
- Enfermedades degenerativas⁶⁶

Además de múltiples apoyos a la población en cuanto a redes institucionales y transferencias realizadas a otros Institutos Nacionales; cabe destacar que las personas que ingresan al Instituto, son evaluadas por las trabajadoras sociales, quienes realizan estudios socioeconómicos así como la gestión con redes de apoyo, que son necesarias para la atención médica.

⁶⁶ Instituto Nacionalop. cit. p. 14

CAPÍTULO TRES

TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

3.1 CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE TRABAJO SOCIAL EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.

La salud es considerada como un derecho fundamental de todos los seres humanos y no como privilegio de unos cuantos, se caracteriza por ser integral en el aspecto biológico, psicológico y social, es primordial para llevar a cabo todas las actividades cotidianas y es uno de los pilares que definen el bienestar de la población y por ende el desarrollo de un país, si esta falta se afecta el equilibrio personal, familiar y social.

Para que los sistemas de salud funcionen adecuadamente es necesario diseñar estrategias con objetivos fundamentados en el bienestar humano, por medio de la eficiencia, equidad y calidad en la prestación de los servicios, de manera que permitan proporcionar atención integral a los individuos, sobre todo a los grupos sociales más vulnerables.

Durante la atención médica Trabajo Social forma parte fundamental en las acciones encaminadas en beneficio de la población, su quehacer profesional metodológico permite aportar al equipo de salud, el estudio de variables socioeconómicas y culturales que inciden en los procesos salud – enfermedad; las diversas problemáticas a las que se enfrenta la población que no cuenta con recursos suficientes y requieren de servicios de salud, obligan al estudio de las necesidades reales de la sociedad y, con ello, la elaboración de programas y proyectos específicos encaminados a la atención individualizada, de grupo y comunidad, que impacten en la calidad de vida del individuo y el estado general de salud del país.

Sin embargo, la excesiva demanda que existe dentro de los institutos de salud, el nivel de profesionalización existente y la falta de conocimiento real de las capacidades, funciones y actividades del Lic. en Trabajo Social, han limitado a lo largo de los años la intervención del profesionista, enfocado a realizar trámites administrativos, relacionados prioritariamente a la atención asistencial y dejando atrás la investigación social, considerando el Trabajo Social solo como una función de apoyo en la atención médica; las actividades que se realizan cotidianamente son perfiladas a:

- Realizar el estudio socioeconómico, visto como un trámite necesario para la asignación de niveles socioeconómicos.
- Debido a los requerimientos institucionales, se da mayor prioridad a realizar papeleo, por encima de la atención social sin importar el impacto dentro de las familias o seguimiento de casos.
- “Los instrumentos y bases estadísticas realizadas por Trabajo Social, no son aprovechados ni sistematizados totalmente para evaluar acciones y actividades de las áreas de trabajo social, la información es utilizada por otras áreas sin dar el crédito correspondiente.

- El plan de acción se fundamenta en las posibilidades personales del paciente y el apoyo en redes primarias y secundarias es de uso limitado⁶⁷.
- Las acciones encaminadas a la promoción y educación a la salud no son tomadas en cuenta.
- Se cree inadecuadamente que el trabajador social, es capaz de resolver cualquier duda del usuario, funcionando erróneamente como área de informes.
- Difícilmente se dan a conocer las evaluaciones de las acciones realizadas⁶⁸
- La plantilla de profesionales es reducida sin contar que todos los pacientes que acuden al Instituto han tenido que asistir al área de Trabajo Social, para que les sea asignado un nivel socioeconómico, con un enfoque administrativo dejando de lado la investigación social.

La práctica profesional y los esfuerzos por desarrollar actividades metodológicas y el reconocimiento profesional, son parte de una lucha constante, existen aún muchos rezagos que deben ser superados, existen también avances metodológicos importantes los cuales deben ser sustentados con la mayor calidad posible.

3.2 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL INNN

Para que cualquier evaluación de calidad sea integral, resulta indispensable identificar los recursos institucionales con los que se cuenta, por tal motivo es necesario conocer la estructura del departamento los recursos humanos, materiales así como la organización, para obtener la información necesaria se aplicó una cédula de entrevista⁶⁹ a las trabajadoras sociales, e investigación bibliográfica, que permitiera conocer lo relacionado a las funciones y actividades que realiza el departamento dentro del Instituto.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS" actualmente cuenta con un departamento de Trabajo Social, el cual determina el nivel socioeconómico para aplicar cuotas de recuperación y lo relacionado con la investigación familiar del paciente, participa directamente en los trámites de ingresos y egresos hospitalarios y proporciona información al paciente y/o familiar responsable de los requisitos y procedimientos a seguir en el ingreso hospitalario, entre otros, funciona los 365 días del año las 24 hrs.

⁶⁷ Tello Peón Nelia E. *Modelo de intervención de Trabajo en los Institutos Nacionales de Salud*, ed. ENTS-UNAM, mayo, 1999, p. 15

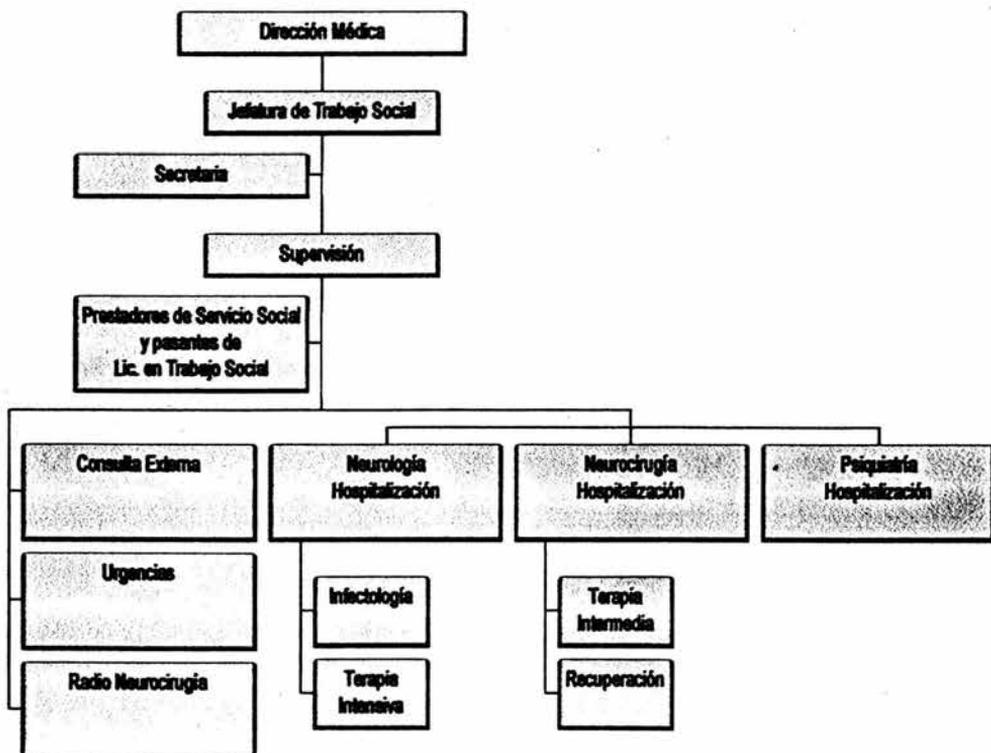
⁶⁸ Específicamente en el INNN

⁶⁹ ver anexo I

3.2.1 ANTECEDENTES

El departamento de Trabajo Social inicia como parte del personal administrativo, dependiendo directamente de la Dirección de Salud Mental, posteriormente se incorpora al organigrama del Instituto como parte de los programas al apoyo institucional, dependiendo directamente de la Subdirección Técnico Administrativa, específicamente en el área de Servicios paramédicos, inicialmente con seis Trabajadoras Sociales adscritas, las cuales se incrementaron periódicamente conforme al crecimiento y necesidades de la institución, la jefatura ha estado a cargo de personal técnico en Trabajo Social como Arcelia Blando, Isis Campero, Maria Cardoso, y es hasta 2002 que se integra la primer Lic. en Trabajo Social como jefa del Servicio; en el año 2000 entró en vigor un convenio en colaboración con la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM y el INNN, para que los estudiantes de la Licenciatura puedan realizar prácticas profesionales, servicio social, tesis de licenciatura y postgrado en el área de la salud, bajo la coordinación de la actual jefa del departamento de Trabajo Social la Lic. Georgina Volkers Gaussmann.

3.2.2 ORGANIGRAMA



El departamento actualmente depende de la Dirección Médica, a cargo del Dr. Alfredo Gómez Aviña, cuenta con 15 trabajadoras sociales adscritas distribuidas de la siguiente manera:

TURNO MATUTINO

- 1 Jefa del departamento
- 1 Supervisora (horario de atención 7:00 a 15:00 hrs.)
- 2 Consulta Externa (horario de atención de 8:00 a 16:00 hrs.)
- 1 Urgencias (horario de atención 8:30 a 16:30 hrs.)
- 2 Neurología (hospitalización, horario de atención 7:30 a 15:30 hrs.)
- 2 Neurocirugía (hospitalización horario de atención 8:00 a 16:00 hrs. hombres y de 7:30 a 15:30 mujeres)
- 1 Psiquiatría (horario de atención 10:00 a 14:00 hrs.) la trabajadora social se encuentra dentro de la institución de 7:30 a 15:30 pm. realizando actividades administrativas
- 1 Radio Neurocirugía (horario de atención 9:00 am. a 14:30 hrs. lunes, miércoles y viernes, a cargo de un prestador de servicio social)

TURNO VESPERTINO

- 1 Persona adscrita (horario de atención de 16:00 a 22:00 hrs.)

TURNO NOCTURNO

- 2 Personas (horario de atención de 20:00 a 7:30 am.)

GUARDIAS ESPECIALES

- 1 persona (sábados, domingos, días festivos, horario de atención 8:00 a 20:00hrs.).

Seis de la 15 trabajadoras sociales tienen licenciatura, el resto es personal técnico con diversos cursos de capacitación, en el área de la salud, la experiencia laboral dentro del INNN abarca desde un año hasta 27 de servicio.

Dentro del departamento existe una secretaria, y hasta el momento de realizar el presente trabajo cuatro prestadores de servicio social y un grupo de noveno semestre de la Licenciatura. en Trabajo Social, los cuales participan con proyectos específicos y diversas actividades profesionales en los servicios..

3.2.3POLÍTICAS

Las políticas del departamento son determinadas por el marco legal de la Ley General de Salud y la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, así como los lineamientos internos del Instituto, establecidos en el manual de procedimientos,⁷⁰ las cuales determinan lo siguiente:

☞ Los servicios médicos se proporcionarán bajo criterios de gratuidad, las cuotas de recuperación serán fundadas bajo principios de solidaridad social, y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, exentando del mismo a aquel que carezca de recursos para cubrirlos o que viva en zonas de menor desarrollo económico y social.

☞ El Departamento de Trabajo Social es el encargado de solicitar al familiar la información y documentación necesaria para establecer y determinar el nivel socioeconómico, considerando la situación de salud del usuario y el impacto de la enfermedad en la situación financiera del sujeto de la atención.

☞ Solo Trabajo Social es el único profesional facultado para modificar el nivel socioeconómico, previa autorización del Director General o Director Médico del Instituto.

☞ La exención de pago queda restringida a la población cuya evaluación socioeconómica determine un porcentaje menor a 12 puntos, autorizado por la Dirección General.

☞ Los pacientes incluidos en protocolos de investigación quedan exentos.

☞ Trabajo Social es el único facultado para reclasificar el nivel socioeconómico, previa evaluación de la situación socioeconómica del paciente.

☞ En áreas específicas como Radioneurocirugía⁷¹ deben realizarse visitas domiciliarias a todos los pacientes del D. F. y área conurbada, en el caso de paciente foráneos deben traer informe por escrito del DIF de su comunidad, esta área inició funciones en enero de 2003.

☞ Informar a pacientes y familiares en cuanto a los reglamentos del Instituto y del servicio en el caso de hospitalización (horario de visitas, informes médicos)

☞ En Consulta Externa será posible modificar las cuotas de recuperación solo a pacientes de escasos recursos, para estudios especiales, en el área de hospitalización solo será posible durante el internamiento.

☞ Para que un usuario pueda acceder a que se le elabore historia clínica, debe proporcionar a Trabajo Social, comprobantes de domicilio identificación del paciente y responsable legal, así como documentos firmados por la institución que identifiquen si cuenta con derecho del Seguro Social o ISSSTE

⁷⁰ Con vigencia de 2000 a 2002, durante 2003 se realizaron alguna modificaciones.

⁷¹ Este servicio no fue contemplado para la investigación, por recibir únicamente pacientes subsecuentes.

3.2.4 OBJETIVOS

Existe un objetivo general, manifestado en el manual de procedimientos del instituto que refiere lo siguiente:

“Facilitar los procesos de ingresos- egresos al paciente con afecciones del sistema nervioso que acude al Instituto, a través de un estudio del entorno social, tendiente a lograr una participación activa en la recuperación de su salud”

3.2.5 MISIÓN

“Indagar las condiciones económicas y el entorno social del paciente atendido en el Instituto, orientar respecto a los trámites administrativos y asistenciales y colaborar con el equipo de salud en el restablecimiento integral del paciente para incorporarlo a su núcleo familiar”⁷²

3.2.6. FUNCIONES

La participación del trabajador social en materia de salud debe estar determinada por el grado de capacitación profesional, en el conocimiento de la metodología de casos, grupos y desarrollo comunitario, implica técnicas y métodos específicos, de esta manera las funciones y actividades desarrolladas cotidianamente deben proporcionar una atención adecuada, razón por la cual tienen que ser claras y específicas para que exista un acercamiento a la eficiencia y la calidad en el proceso de la atención.

Sin embargo para saber si la calidad de un servicio es favorable es necesario conocer la especificidad de funciones y actividades realizadas dentro del Instituto, de tal manera que la calidad sea evaluada conforme al trabajo realizado, bajo los lineamientos institucionales.

El manual de organización específico (2001), del departamento identifica las siguientes funciones:

- ✓ Proporcionar asistencia y asesoría ambulatoria y hospitalaria en Trabajo Social, a pacientes y/o familiares que acuden en demanda de servicios, en particular a los canalizados por el servicio de preconsulta del propio instituto.
- ✓ Brindar ayuda al paciente neurológico en trámites y gestiones que le permitan tener acceso a los servicios médicos del instituto, como son los procedimientos de ingreso, carta compromiso, estudio socioeconómico, visita domiciliaria y egreso.
- ✓ Establecer el nivel socioeconómico del paciente para delimitar las cuotas de recuperación por los servicios otorgados.

⁷² Instituto Nacional ... op.cit. p. 26

- ✓ Participar en la supervisión de la integración y manejo del expediente clínico conforme a la norma técnica.
- ✓ Participar en funciones docentes y de investigación en el área de Trabajo Social que permitan la actualización del personal.
- ✓ Apoyar la difusión de conocimientos y resultados de las investigaciones.
- ✓ Realizar, implantar y controlar el programa anual de actividades del departamento, así como los manuales de organización y procedimientos específicos.
- ✓ Elaborar y analizar informes para generar la información que cumpla con todos los atributos que permitan la toma de decisiones en los niveles correspondientes que orienten y modifiquen las actividades.

Las funciones que se llevan a cabo cotidianamente de acuerdo a la observación, análisis del manual de procedimientos y práctica profesional pueden resumirse en:

- Investigación social
- Asistencia
- Administración
- Gestión
- Promoción social
- Prevención
- Supervisión
- Capacitación
- Evaluación
- Sistematización

3.2.7. ACTIVIDADES

Las actividades básicamente están orientadas a⁷³:

1 REALIZAR ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS (primer ingreso y reingreso) asignación de nivel hospitalización y urgencias

- ✓ reclasificaciones (ascendentes y descendentes)
- ✓ Aperturas de expedientes de primera vez
- ✓ Proporcionar cartas de reglamento

2 PROPORCIONAR APOYO ASISTENCIAL

- ✓ Solicitud carta compromiso (hospitalización)

⁷³ Las actividades se clasificaron, de acuerdo a las entrevistas realizadas a las trabajadoras sociales y los informes que entregan mensualmente a la jefatura de Trabajo Social.

- ✓ Mantener gestoría y coordinación con el voluntariado

3 REALIZAR VISITA DOMICILIARIA

- ✓ Solo cuando es necesario evaluar las condiciones socio ambientales, psico sociales y familiares del paciente

4 PASAR VISITA MÉDICA EN CADA ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- ✓ Coordinación intra institucional con médicos, enfermeras, áreas de tesorería, transportes.

5 ELABORAR INFORME MENSUAL DE DATOS POBLACIONALES

6 REALIZAR VOLANTES DE EGRESO POR:

- ✓ Alta médica
- ✓ Defunción
- ✓ Alta voluntaria
- ✓ Traslado a otra institución

7 ELABORAR CONSTANCIAS DE HOSPITALIZACIÓN, MEDIANTE SOLICITUD POR ESCRITO

8 GENERAR REDES INSTITUCIONALES DE APOYO

- a) Solicitudes de estudio a otras instituciones, para atención médica, por medio de hoja de inter consulta y elaboración de traslado

- b) Trámites administrativos al Instituto de Cancerología (INCAN) para continuidad de tratamientos

9 SEGUIMIENTO A PACIENTES

- ✓ Citatorios y llamadas telefónicas a familiares de pacientes hospitalizados .
- ✓ Hojas de evolución

10 ELABORACIÓN DE PASES

- ✓ Para visita, pases especiales para alimentación

3.2.8.RECURSOS

Dentro de la estructura los recursos forman parte integral de la calidad, de los insumos con los que se cuente, es mucho más fácil agilizar el trabajo, así como desarrollarlo de manera profesional, cabe destacar que el modelo utilizado en la presente investigación la percepción del

usuario puede modificarse en cuanto a las “amenidades” que le sean otorgadas aunque esto no es factor fundamental para que exista buena calidad, de tal manera que las instalaciones podrán ser excelentes y la atención interpersonal deficiente y viceversa.

El departamento cuenta para la atención de:

Recursos Humanos:

Con 15 trabajadoras sociales adscritas, cuatro prestadores de servicio social, una secretaria de apoyo al momento de la investigación, dos personas se encontraban inactivas por permisos especiales y maternidad.

Recursos Materiales:

OFICINAS

- 1 cubículo para la jefatura
- 1 cubículo para supervisión
- 3 cubículos para consulta externa (uno de ellos se utiliza para atender a pacientes de radionecroterapia)
- 1 cubículo psiquiatría con baño integrado
- 1 cubículo para urgencias (se ocupa por el personal de los turnos vespertino, nocturno y especiales)
- 1 cubículo para neurocirugía, terapia intensiva, unidad de cuidados intermedios (hombres) y segundo piso de privados
- 1 cubículo para neurología
- 1 cubículo que se ocupa para el turno vespertino
- 1 oficina con baño para archivo y área secretarial

EQUIPO TÉCNICO

- Computadoras (una en jefatura, dos en consulta externa, una en urgencias, una para supervisión, en el área secretarial) durante el momento de la investigación se pretendía incrementar a una computadora por servicio.
- 1 escritorio por cubículo
- 1 teléfono por cubículo
- Máquinas de escribir (una por cubículo)
- Papelería en general
- Anaqueles para archivo en el área secretarial, jefatura y supervisión.

Actualmente existe un software denominado sihowin, (sistema hospitalario WINDOWS) para integrar el estudio socioeconómico por computadora, este sistema permite agilizar el trabajo.

CAPÍTULO CUATRO

METODOLOGÍA

4.1 OBJETIVOS:

GENERAL:

Evaluar la calidad de la atención brindada en el departamento de Trabajo Social del INNN desde la perspectiva del público usuario, en cuanto a las características del proceso y resultado, en las relaciones profesional-usuario, así como las expectativas y niveles de satisfacción del paciente y/o familiar que acude al Instituto.

ESPECÍFICOS.

- Conocer la opinión del público usuario acerca de la calidad de la atención en el departamento de Trabajo Social.
- Analizar el desempeño cualitativo y cuantitativo de los servicios que se brindan en el departamento de Trabajo Social.
- Proponer alternativas que sean útiles para mejorar la calidad de la atención en el departamento de Trabajo Social.
- Contribuir a la realización de futuras investigaciones relacionadas con la evaluación de la atención de los departamentos de Trabajo Social de los institutos de salud.

4.2 HIPÓTESIS.

- La calidad de la atención en el departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suarez," está determinada por el desempeño de funciones y actividades de las trabajadoras sociales, reflejada en la percepción y satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios.

VARIABLES:

Calidad de la atención.

Desempeño de funciones y actividades de las Trabajadoras Sociales .

Percepción y satisfacción del usuario

4.3 ETAPAS METODOLÓGICAS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo transversal por realizarse en un momento determinado, y exploratoria por ser un primer acercamiento específico en cuanto a la calidad del servicio del Departamento de Trabajo Social, en el INNN dividido en cuatro etapas:

1. **Primera etapa:** Fue necesario tener clara la estructura del Departamento de Trabajo Social, por medio de investigación, bibliográfica, hemerográfica y técnicas de observación, lo que permitió acceder al conocimiento de lo relacionado con recursos materiales (instalaciones) y humanos (organigrama del departamento).

2. **Segunda etapa:** En esta fase se procedió a realizar la identificación de los elementos del proceso de atención en el Departamento de Trabajo Social, con relación a funciones, actividades, objetivos, políticas y manual de procedimientos por medio de investigación bibliográfica, hemerográfica, así como entrevistas directas con el personal que labora en el departamento.

3. **Tercera etapa:** Enfocada básicamente al monitoreo del proceso y resultado por medio de la elaboración y aplicación de encuestas de opinión al usuario con la finalidad de conocer la perspectiva del público acerca de la calidad de atención.

4. **Cuarta etapa:** Destinada a evaluar cualitativa y cuantitativamente los resultados de manera que permitieron formular alternativas para favorecer la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social y, por ende, del quehacer profesional de las y los trabajadores sociales que laboran en el INNN. MVS, así como dar pauta a futuras investigaciones.

4.4 MUESTRA:

El tamaño de la muestra fue obtenido de las estadísticas elaboradas por el Departamento de Trabajo Social sobre personas que acuden a solicitar servicios de primera vez, considerándose los datos de enero a junio de 2003 siendo un total de: N= 2326 sujetos el muestreo fue estratificado por cuota, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 0.5, de acuerdo a la siguiente fórmula.

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

n = tamaño de la muestra

Z= nivel de confianza 95% (1.96 área bajo la curva normal)

Pq variabilidad p= 0.5 y q= 0.5

E= error o nivel de precisión. 5% (.05)

SUSTITUYENDO

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2} = 384$$

Con el factor de corrección para poblaciones finitas.

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no-1}{N}}$$

no= muestra inicial 384

N= población total 2326

Sustituyendo

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{2326}}$$

NE 329

La muestra se estratificó por servicio quedando de la siguiente manera:

SERVICIO	TOTAL PERSONAS ATENDIDAS DE PRIMERA VEZ POR SERVICIO Nh	FRACCIÓN DE SERVICIOS Nh/N	MUESTRA DE LOS SERVICIOS nh
Consulta Externa	1558	0.67	220
Neurocirugía	117	0.05	16
Neurología	211	0.09	30
Psiquiatría	56	0.03	10
Urgencias	384	0.16	53*
TOTAL	N= 2326	1	n= 329

Nh= subpoblación por servicio

N= población

Nh/N= proporción muestral

nh = Nh/N (n) muestra de los servicios

*El área de urgencias proporciona servicio las 24 hrs del día, en cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno, sábados y domingos), razón por la cual la muestra se dividió de acuerdo con el porcentaje de personas atendidas por turno quedando de la siguiente manera: 16 para turno matutino 14 para vespertino 17 nocturno y 6 para sábados y domingos, dando un total de 53.

Para realizar la estratificación se revisaron los informes mensuales de cada uno de los servicios, de tal manera que se pudiera obtener un porcentaje específico de la población atendida.

4.5 UNIVERSO TEMPORAL Y ESPACIAL

La presente investigación se realizó durante 2003 iniciando en marzo y concluyendo en diciembre del mismo año en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, dirigido a personas atendidas por el Departamento.

4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cualquier persona que acuda a solicitar atención por primera vez al departamento de Trabajo Social, en consulta externa, urgencias y hospitalización, sin considerar como factor limitante el nivel socioeconómico o lugar de procedencia.

4.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personas que por falta de orientación acudieron a solicitar informes, y que no tengan relación directa con las funciones y actividades de Trabajo Social, menores de edad, pacientes o familiares subsecuentes y personas que no acepten contestar el cuestionario.

4.8 INSTRUMENTO

Se diseñó y aplicó una cédula de entrevista para las trabajadoras sociales, (ver anexo 1) con el fin de conocer las funciones y actividades realizadas cotidianamente, así como lo relacionado a los elementos de la estructura; de las respuestas obtenidas se logró conocer a detalle las funciones y actividades desarrolladas.

Se diseñó un instrumento auto aplicable, dirigido al público usuario, permitió evaluar la percepción del usuario con respecto a la calidad, las preguntas se realizaron con base al modelo elaborado por Donabedian A. (modelo de atención en salud).

El instrumento fue elaborado con 44 preguntas, (10) abiertas y (34) cerradas, contemplando indicadores relacionados con la estructura, el proceso y resultado de la calidad de la atención médica (ver anexo 3) integrado por:

1. - *Variables sociodemográficas.* (edad, sexo, escolaridad, ocupación, lugar de procedencia y nivel socioeconómico asignado por el instituto, servicio y turno) es importante recalcar que no se incluyó el nombre, por considerarse un factor limitante para las personas al momento de responder el instrumento y como respeto al anonimato.

2. - *Oportunidad de la atención.* Se contempló el tiempo de espera, la señalización para ubicar el Departamento de Trabajo Social, horario de atención, y la percepción de instalaciones, capacidad y tiempo de espera.

3. - *Trato personalizado.* Lo relacionado con la claridad de la información recibida (si el profesional responde a las dudas del paciente y el lenguaje utilizado es claro) presentación de la trabajadora social, actitud profesional, apariencia, disposición para la atención (carácter) y desempeño de funciones y actividades, considerando las funciones específicas de Trabajo Social, estudio socioeconómico, información del reglamento de hospitalización, visita a los pisos, visita domiciliaria, trámites de egreso, elaboración de pase de visita, reclasificaciones, canalización a otras instituciones, seguimiento de caso (llamadas telefónicas a familiares).

5. - *Expectativas y nivel de satisfacción.* Opinión del usuario sobre la atención recibida, cumplimiento de expectativas, opiniones y comentarios hacia el Departamento de Trabajo Social.

4.9 PRUEBA PILOTO

Los cuestionarios y la estrategia de investigación se validaron previamente mediante un estudio piloto (ver anexo dos) en todos los servicios de trabajo social; se realizaron un total de 50 cuestionarios auto aplicables; los usuarios fueron captados al salir del servicio y entrevistados por personal que no corresponde al departamento con el fin de evitar manipulación en la información.

De los resultados obtenidos de la prueba piloto se realizaron cambios al instrumento, los cuales consistieron en:

- a) Resaltar que la información era confidencial, a raíz de la constante negación de las personas, por manifestar “miedo a tener problemas”
- b) Modificaciones al título del apartado “Variables sociodemográficas”, debido a las constantes preguntas sobre lo que significaba y la no respuesta.
- c) Se modificó la ubicación de las preguntas siete y ocho (ver anexo)
- d) En las preguntas abiertas (los ¿por qué?) fue necesario especificar que se contestara solo en caso de respuesta negativa.
- e) Se eliminaron los ¿por qué? de las preguntas 11, 13, 19, 22, 25, debido al bajo índice de respuesta; se eliminaron las preguntas 39 y 43 por ser reiterativas, se colocaron opciones a la pregunta 16 de acuerdo a los comentarios de la población.
- f) Se integraron 2 preguntas al área IV (expectativas y nivel de satisfacción)
- g) Por último se especificaron instrucciones al final de las hojas para que las personas detectaran que existía información por ambas partes de la hoja.

CAPÍTULO CINCO

DESCRIPCIÓN, INTERPRETACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

Con la encuesta realizada a 329 personas que acudieron por primera ocasión al Departamento de Trabajo Social, fue posible obtener la descripción, sistematización y el análisis de los resultados, así como las características que identifican la percepción del usuario con respecto a la estructura, el desarrollo del proceso y resultado del servicio recibido, que permite en su conjunto identificar la evaluación de la calidad y el nivel de expectativas y satisfacción de las mismas.

Es importante mencionar que evaluar la calidad de los servicios de salud utilizando como parámetro la satisfacción del(a) usuario(a) expresada en un cuestionario, es sin duda una tarea compleja, el haber recopilado la información inmediatamente después de la recepción de un servicio, permitió captar la impresión más cercana de la experiencia vivida en ese momento por el(la) usuario(a).

Para evaluar la calidad es necesario, medir las consecuencias deseables e indeseables de una acción determinada para lograr un objetivo o meta planteada, por lo tanto, para la presente investigación se consideran los siguientes criterios de evaluación:

EXCELENTE: Cuando se alcance el 100% de la satisfacción, contemplando que las funciones y actividades del prestador del servicio sean cumplidas, lo que significa que se logró el objetivo de la atención y los elementos que permiten obtener la satisfacción del usuario.

BUENA: Cuando los pacientes y/o familiares obtengan del 80% al 99% de satisfacción, lo que representa que se logró el objetivo de atención.

REGULAR: Cuando la satisfacción de los usuarios se encuentre entre el 60% al 79% determinándose que se logró parcialmente el objetivo.

MALA: Cuando los resultados obtenidos sean menores al 60%, lo que representa que la atención se otorgó en forma incorrecta y con resultados negativos.

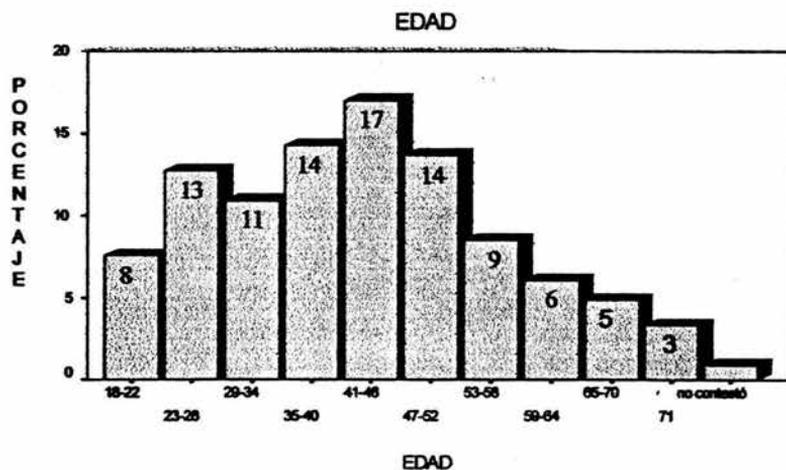
A continuación se presentan la descripción cuantitativa de cada una de las preguntas del instrumento (cuadros de frecuencias y gráficas), y el análisis cuanti-cualitativo de los resultados; para obtener los datos sistematizados, se realizó una base de datos, por medio del programa SPSS versión 10 para los análisis estadísticos correspondientes.

Es importante resaltar que la muestra fue estratificada por cuota, con la finalidad de tener población representativa de cada servicio, de acuerdo a la demanda basada en los informes mensuales elaborados por el departamento, los resultados son presentados en forma global, considerando que no existen diferencias significativas en la percepción de la calidad de la atención por servicio, de forma específica.

5.1 DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA DATOS PERSONALES

PREGUNTA 1 EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Valid			
18-22	25	7.6	7.6
23-28	42	12.8	20.4
29-34	36	10.9	31.3
35-40	47	14.3	45.6
41-46	56	17.0	62.6
47-52	45	13.7	76.3
53-58	28	8.5	84.8
59-64	20	6.1	90.9
65-70	16	4.9	95.7
71	11	3.3	99.1
no contestó	3	.9	100.0
Total	329	100.0	

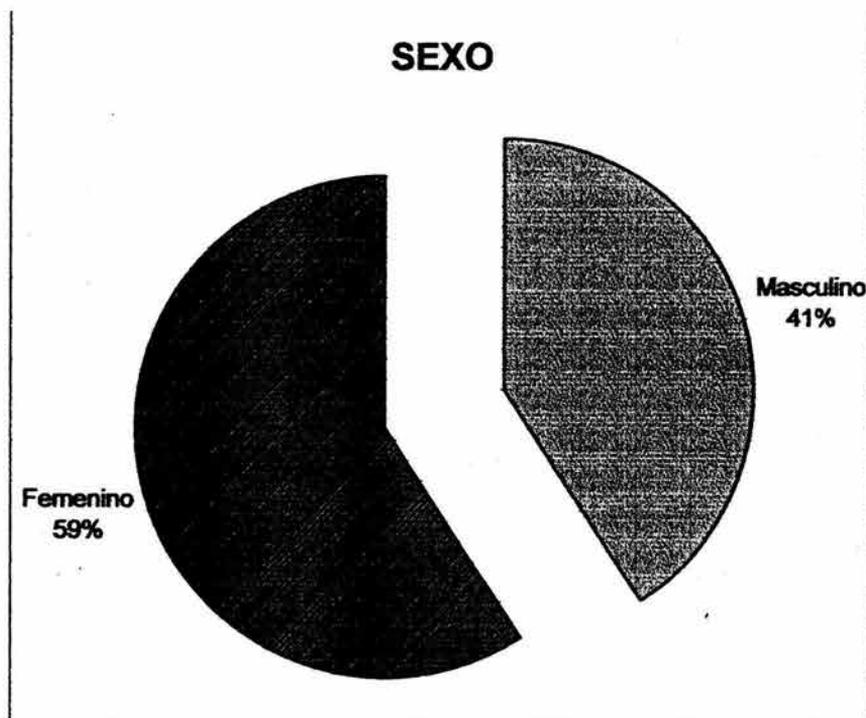


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En la gráfica se observa que el mayor porcentaje de la población (17%) oscila en un rango de 41 a 46 años, el 14% corresponde a personas de 35 a 40 años, las personas de menor edad entre 18 y 22 años representan el 8%, y el resto, 23%, varía de personas de 53 hasta 71 años; el 0.9% restante no contestó.

PREGUNTA 2
SEXO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	134	40.7	40.7
Femenino	195	59.2	100
Total	329	100.0	



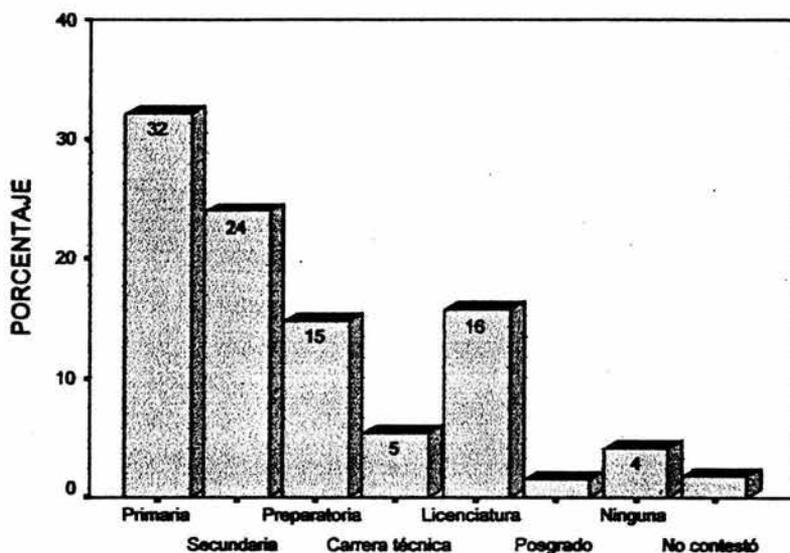
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, . 2003

La gráfica muestra que de los 329 sujetos encuestados más de la mitad (59%) son mujeres y el 41% son hombres.

**PREGUNTA 3
ESCOLARIDAD**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	106	32.2	32.2
Secundaria	79	24.0	56.2
Preparatoria	49	14.9	71.1
Carrera técnica	18	5.5	76.6
Licenciatura	52	15.8	92.4
Postgrado	5	1.5	93.9
Ninguna	14	4.3	98.2
No contestó	6	1.8	100.0
Total	329	100.0	

ESCOLARIDAD

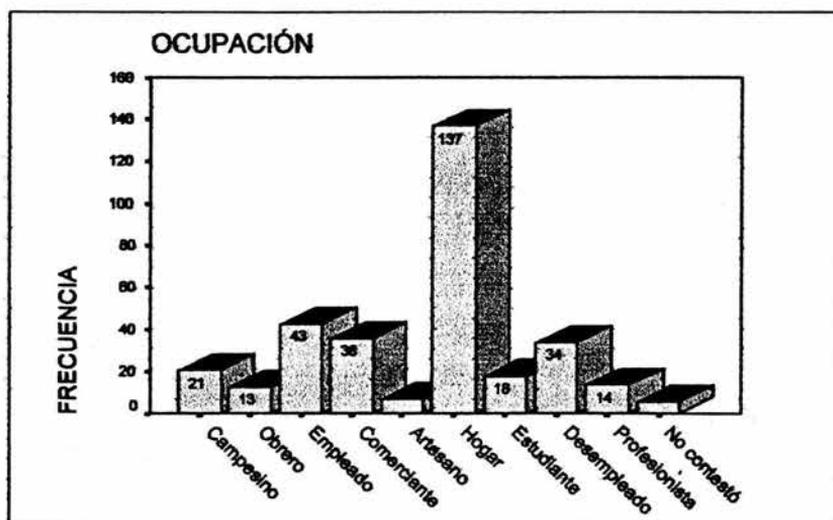


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En esta gráfica es posible observar que el 56.2% de la población cuenta con estudios de nivel básico primaria y secundaria, 14.9% estudios de preparatoria, el 5.5% ha estudiado alguna carrera técnica, el 15.8% tiene estudios de licenciatura, el 1.5 % estudios de postgrado, 4.3% de la población no tiene ningún tipo de estudio, y el 1.8% restante no contestó.

**PREGUNTA 4
OCUPACIÓN**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Campesino	21	6.4	6.4
Obrero	13	4.0	10.3
Empleado	43	13.1	23.4
Comerciante	36	10.9	34.3
Artesano	7	2.1	36.5
Hogar	137	41.6	78.1
Estudiante	18	5.5	83.6
Desempleado	34	10.3	93.9
Profesionista	14	4.3	98.2
No contestó	6	1.8	100.0
Total	329	100.0	

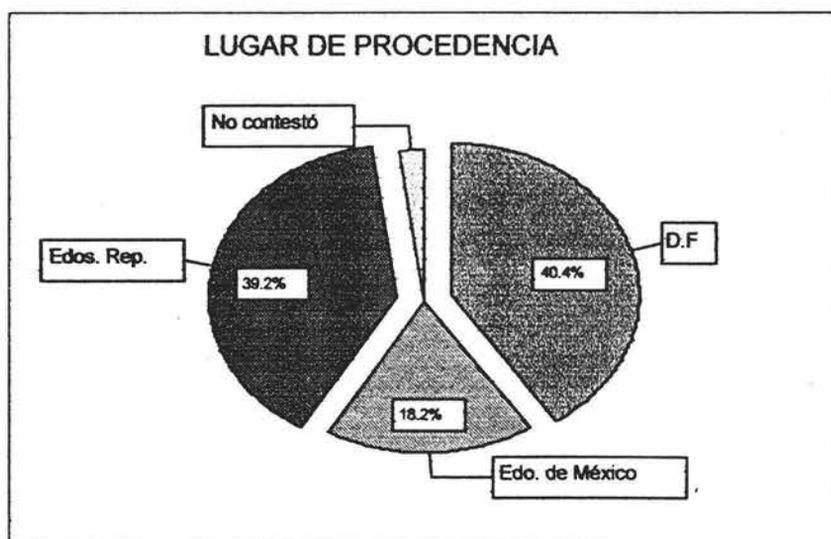


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario.

De las personas encuestadas, la principal actividad es el hogar con un 41.6%, seguido por empleados 13.1%, el 10.9% se dedica al comercio y se puede observar un 10.3% de personas que actualmente se encuentran desempleadas, el 6.4% manifiesta ser campesino, 5.5% está estudiando, el 4.3% refiere ser profesionista, 4% trabaja como obrero, y el 1.8% no contestó.

PREGUNTA 5
LUGAR DE PROCEDENCIA

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Distrito Federal	133	40.4	40.4
Estado de México	60	18.2	58.6
Estados de la República	129	39.2	97.8
No contestó	7	2.2	100.0
Total	329	100.0	

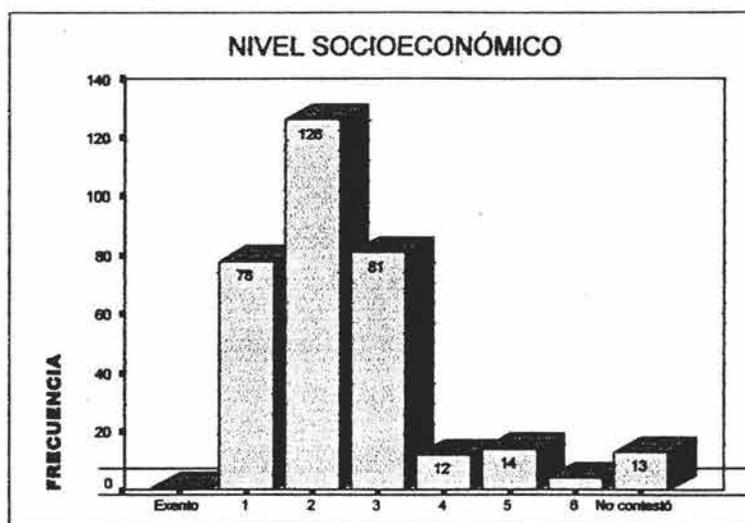


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario ,2003

De las personas encuestadas, el 40.4% que acuden a solicitar servicios corresponden al Distrito Federal, el 39.2% a los diversos estados de la República y el 18.2% corresponden al Estado de México y zona conurbada.

**PREGUNTA 6
NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Exento	1	.3	.3
1	78	23.7	24.0
2	126	38.3	62.3
3	81	24.6	86.9
4	12	3.6	90.6
5	14	4.3	94.8
6	4	1.2	96.0
No contestó	13	4.0	100.0
Total	329	100.0	

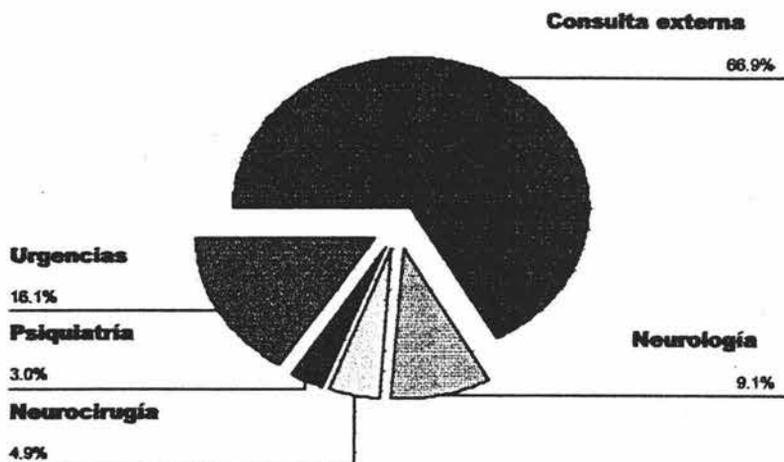


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

El Instituto atiende principalmente a personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social, para asignar cuotas de recuperación adecuadas se establece un número de acuerdo al nivel socioeconómico, los cuales son consecutivos de exento a seis, de tal manera que a mayor nivel (número) mayor costo. El 38.3% corresponde a personas con nivel dos, el 24.6% corresponde nivel tres, seguido por el 23.7% con nivel uno, el 0.3% ha sido exenta de pago, el 9.1% restante se encuentra distribuido en los niveles cuatro a seis, el resto 4% se trata de personas que no contestaron.

PREGUNTA 7
SERVICIO AL QUE ASISTIÓ

Servicio al que asistió	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consulta externa	220	66.9	66.9
Neurología	30	9.1	76.0
Neurocirugía	16	4.9	80.9
Psiquiatría	10	3.0	83.9
Urgencias	53	16.1	100.0
Total	329	100.0	

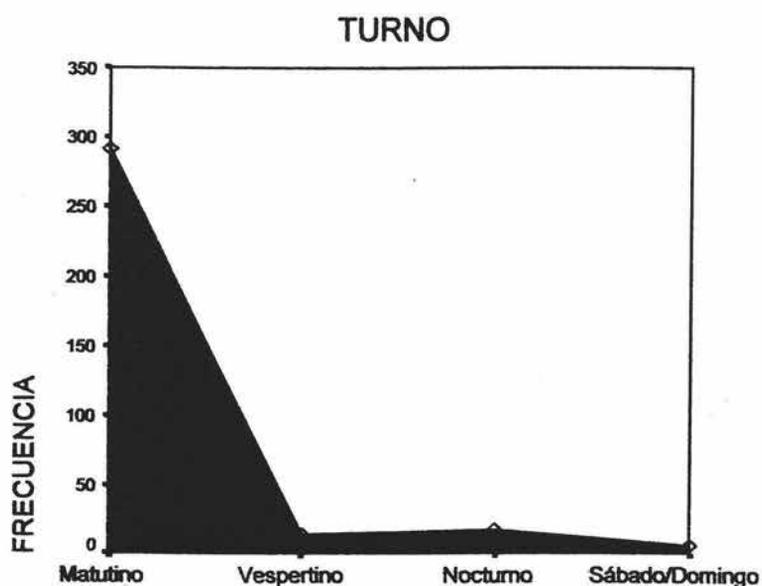


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

La gráfica muestra el número de personas encuestadas por servicio, el mayor porcentaje, 66.9%, corresponde a las que acudieron a consulta externa, le sigue el área de urgencias con 16.1%, en área de hospitalización neurología con el 9.1%, seguido por neurocirugía con 4.9% y por último psiquiatría con un 3%.

**PREGUNTA 8
TURNO**

Turno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Matutino	292	88.8	88.8
Vespertino	14	4.3	93.0
Nocturno	17	5.2	98.2
Sábado / Domingo	6	1.8	100.0
Total	329	100.0	



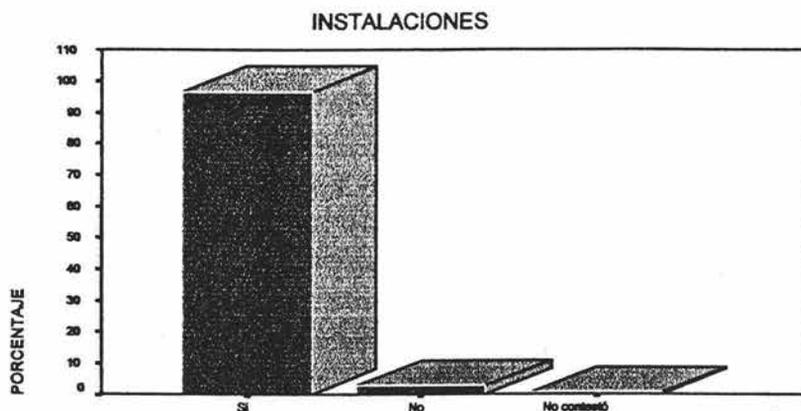
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

El mayor porcentaje de personas atendidas se presenta en el turno matutino con un 88.8%, seguido por el turno nocturno con un 5.2%; en el turno vespertino se atiende al 4.3%, y con menor frecuencia 1.8% se atiende a personas en fines de semana y/o días festivos.

OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

PREGUNTA 9 UBICACIÓN DE LAS INSTALACIONES

Encontró fácilmente las instalaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	318	96.7	96.7
No	9	2.7	99.4
No contestó	2	.6	100.0
Total	329	100.0	



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Se preguntó a las personas encuestadas si encontraron con facilidad las instalaciones de Trabajo Social, el 96.7% contestó que "sí", el 2.7% no las encontró con facilidad, y el 0.6% no contestó la pregunta.

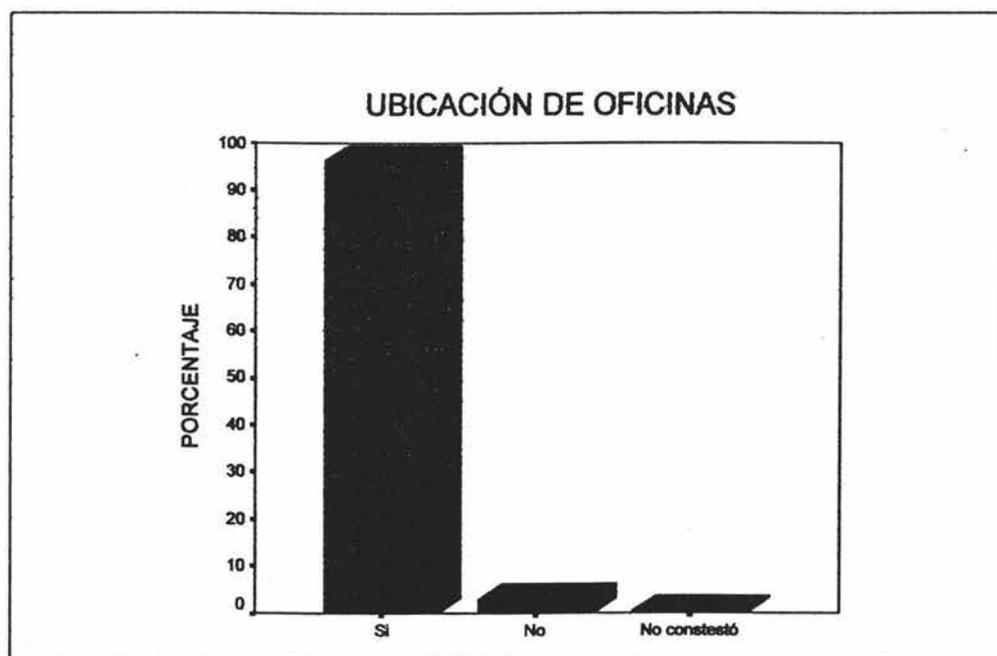
PREGUNTA 9.1 SI SU RESPUESTA ES NO EXPLIQUE ¿POR QUÉ?

¿Por qué?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No hay señales	2	22.2	22.2
Nadie le informó	5	55.5	77.7
No están a la vista	1	11.1	88.8
No contestó	1	11.1	100
Total	9	100	

Del 2.7% que "no" encontró con facilidad las instalaciones, 55.5% define que nadie le informó la ubicación, 22.2% no encontraron ningún tipo de señalización, 11.1% refiere que las instalaciones no están a la vista y el 11.1% restante no contestó.

PREGUNTA 10
LUGAR DE UBICACIÓN DE LAS OFICINAS DE TRABAJO SOCIAL

Ubicación de oficinas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	317	96.4	96.4
No	10	3.0	99.4
No contestó	2	.6	100.0
Total	329	100.0	

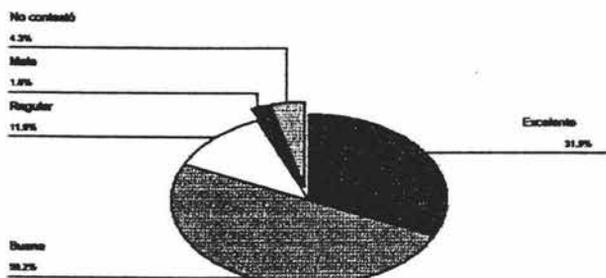


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Se preguntó sobre la ubicación de las oficinas de trabajo social dentro del instituto, el 96.4% de las personas manifiestan que sí consideran adecuado el lugar, el 3% no están de acuerdo con la ubicación y el 0.6% no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 11
PERCEPCIÓN DE LAS INSTALACIONES DE TRABAJO SOCIAL

a) Salas de espera

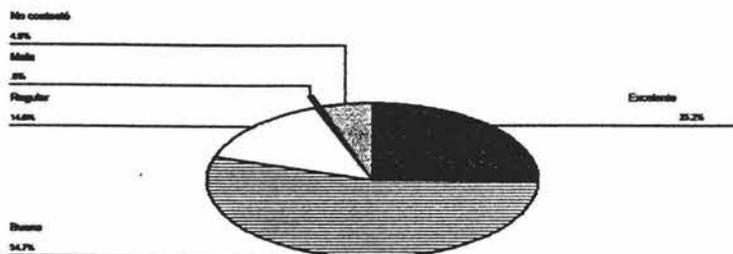


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Salas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	105	31.9	31.9
Buena	165	50.2	82.1
Regular	39	11.9	93.9
Mala	6	1.8	95.7
No contestó	14	4.3	100.0
Total	329	100.0	

Más de la mitad de la población (50.2%) considera que las salas de espera son de buenas a excelentes (31.9%), el 11.9% refieren que son regulares, al 1.8% le parece malas y el 4.3% no contestó la pregunta.

b) Oficinas



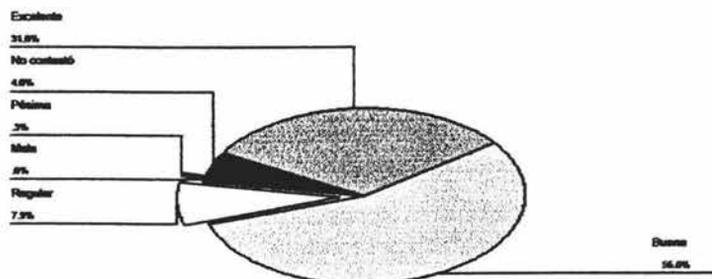
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Oficinas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	83	25.2	25.2
Buena	180	54.7	79.9
Regular	48	14.6	94.5
Mala	2	0.6	95.1
No contestó	16	4.9	100.0
Total	329	100.0	

Con relación a las oficinas, el mayor porcentaje (79.9%) opina que son de buenas a excelentes, el 14.6 % las percibe como regulares, el 0.6 % las considera malas y el 4.9% decidió no contestar.

PREGUNTA 11
PERCEPCIÓN DE LAS INSTALACIONES DE TRABAJO SOCIAL

c) Iluminación

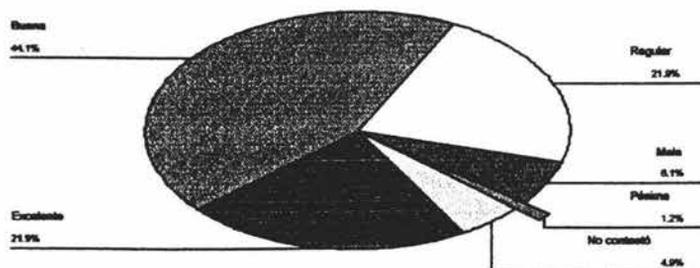


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Iluminación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	104	31.6	31.6
Buena	181	55.0	86.6
Regular	26	7.9	94.5
Mala	2	.6	95.1
Pésima	1	.3	95.4
No contestó	15	4.6	100.0
Total	329	100.0	

La gráfica muestra la percepción en cuanto a la iluminación de las oficinas, el 55% considera que es buena, el 31.6% las evalúa como excelente, el 7.9% opina que es regular, el 6.4% la percibe de mala a pésima y el 4.6% no contestó.

d) Ventilación



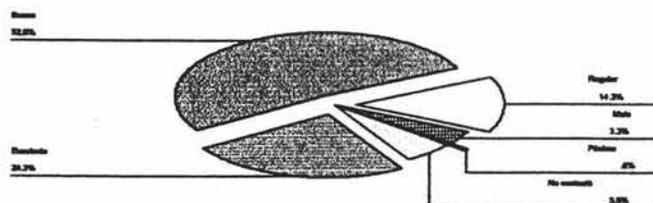
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Ventilación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	72	21.9	21.9
Buena	145	44.1	66.0
Regular	72	21.9	87.8
Mala	20	6.1	93.9
Pésima	4	1.2	95.1
No contestó	16	4.9	100.0
Total	329	100.0	

Para el 44.2% de las personas encuestadas, la ventilación es buena, el 21.9% la considera excelente, el 21.9% cree que es regular, el 7.3% opina que de mala a pésima y el 4.9% no contestó.

PREGUNTA 11
PERCEPCIÓN DE LAS INSTALACIONES DE TRABAJO SOCIAL

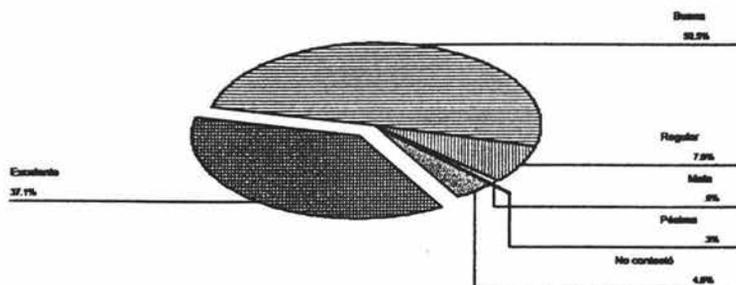
e) Privacidad



Privacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	80	24.3	24.3
Buena	171	52.0	76.3
Regular	47	14.3	90.6
Mala	11	3.3	93.9
Pésima	2	.8	94.5
No contestó	18	5.5	100.0
Total	329	100.0	

La privacidad es considerada de buena (52%) a excelente (24.3%), el 14.3% la percibe como regular, el 3.9% opina que es de mala a pésima y el 5.5% no contestó a la pregunta.

f) Limpieza



Limpieza	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	122	37.1	37.1
Buena	166	50.5	87.5
Regular	25	7.6	95.1
Mala	2	.6	95.7
Pésima	1	.3	96.0
No contestó	13	4.0	100.0
Total	329	100.0	

En cuanto a la limpieza el 50.5% la considera buena, 37.1% excelente, como regular el 7.6% y el 0.9% la define entre mala y pésima, el 4% restante no contestó.

PREGUNTA 12
HORARIO DE ATENCIÓN

Conoce el horario de atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	183	55.6	55.6
No	136	41.3	97.0
No contestó	10	3.0	100.0
Total	329	100.0	

En el cuadro es posible observar que más de la mitad de la población 55.6% conoce el horario de atención y el 41.3% manifiesta no saber del horario, el 3% restante no contestó a la pregunta.

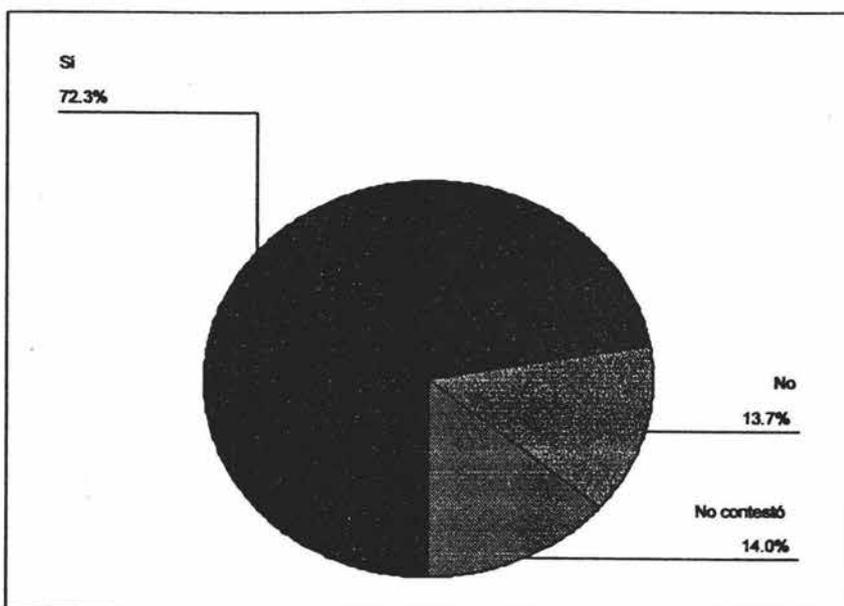
PREGUNTA 12.1
CAUSAS

Causas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No preguntó	66	48.5	48.5
No existe información visible	59	43.3	91.8
Generalmente la oficina está cerrada	3	2.2	94
No contestó	8	5.9	100.0
Total	136	100.0	

De las 136 personas que no conocen el horario de atención de trabajo social, el 48.5% refieren principalmente que no preguntó, el 43.3% manifiesta que no existe información visible sobre los horarios, el 2.2% comenta que la oficina está cerrada y el 5.9% no contestó a la pregunta.

**PREGUNTA 13
LE PARECE ADECUADO**

¿Le parece adecuado el horario?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	238	72.3	72.3
No	45	13.7	86.0
No contestó	46	14.0	100.0
Total	329	100.0	



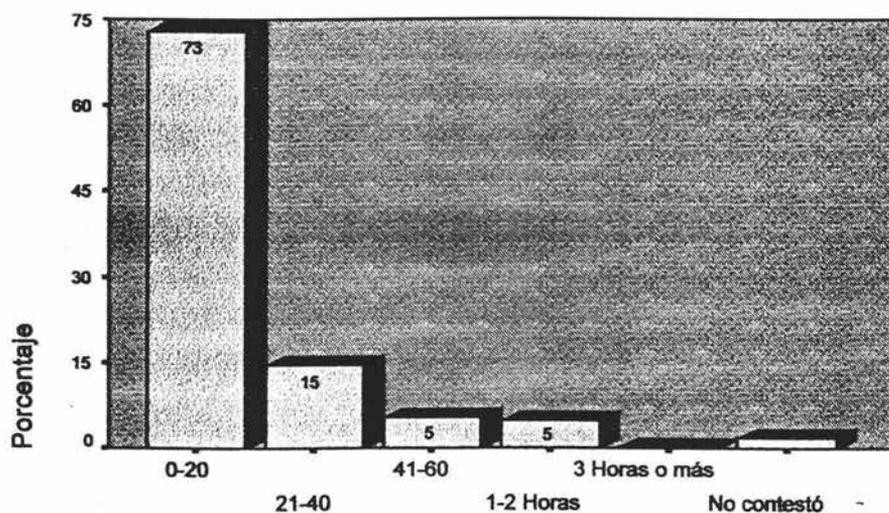
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

El mayor porcentaje de las personas encuestadas (72%) considera adecuado el horario de atención, mientras el 13.7% opina que no es adecuado, y el 14% no contestó la pregunta.

PREGUNTA 14
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO

TIEMPO DE ESPERA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-20	240	72.9	72.9
21-40	48	14.6	87.5
41-60	18	5.5	93.0
1-2 Horas	16	4.9	97.9
3 Horas o más	1	.3	98.2
No contestó	6	1.8	100.0
Total	329	100.0	

TIEMPO DE ESPERA



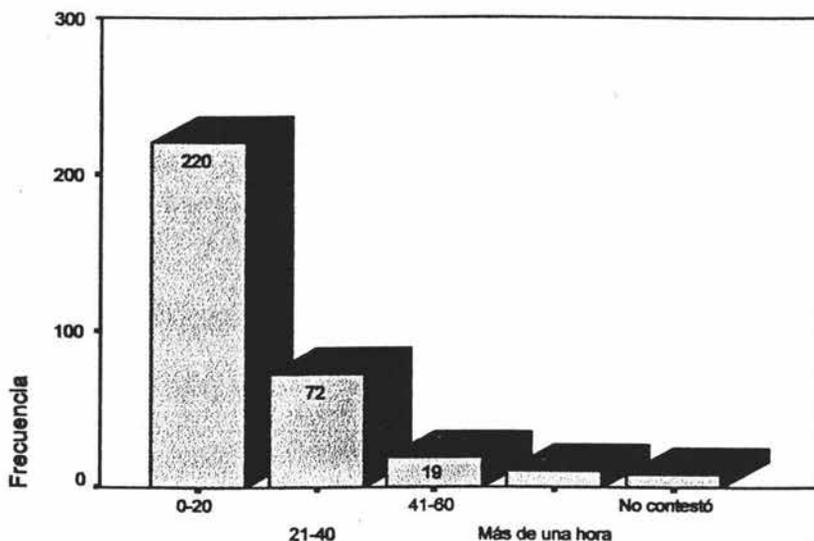
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

El 72.9% de las personas esperó de 0 a 20 minutos, seguido por el 14.6% que esperó de 21 a 40 min., el 10.7% esperó de 41 min. a 2 hrs. el 0.3% esperó tres horas o más para ser atendido y el 1.8% no contestó la pregunta.

PREGUNTA 15
TIEMPO ADECUADO A ESPERAR PARA SER ATENDIDO

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
0-20	220	66.9
21-40	72	21.9
41-60	19	5.8
Más de una hora	10	3.0
No contestó	8	2.4
Total	329	100.0

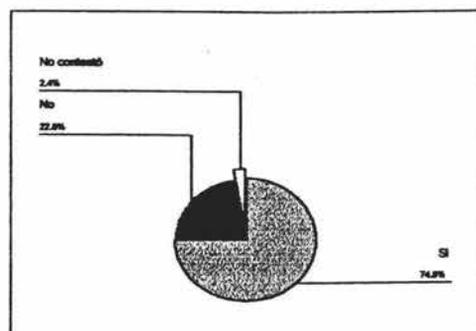
TIEMPO ADECUADO PARA ESPERAR



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

El tiempo que las personas consideran adecuado esperar para ser atendidas, principalmente opina que de 0 a 20 minutos (66.9%), el 22% opina que de 21 a 40 minutos, el 5.8 % considera necesario de 41 a 60 minutos, el resto 3% opina que es necesario esperar de 1 a 3 horas, el 2% no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 16
CAPACIDAD DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA PROPORCIONAR
ATENCIÓN DE CALIDAD

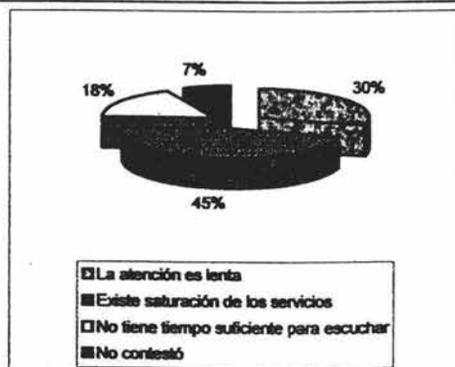


Personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	246	74.8	74.8
No	75	22.8	97.6
No contestó	8	2.4	100.0
Total	329	100.0	

Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Las personas encuestadas perciben en un 74.8% que el personal de Trabajo Social es suficiente para proporcionar atención de calidad, un 22.4% consideran que es insuficiente y el 2.4% no accedió a contestar la pregunta.

PREGUNTA 16.1
MOTIVOS



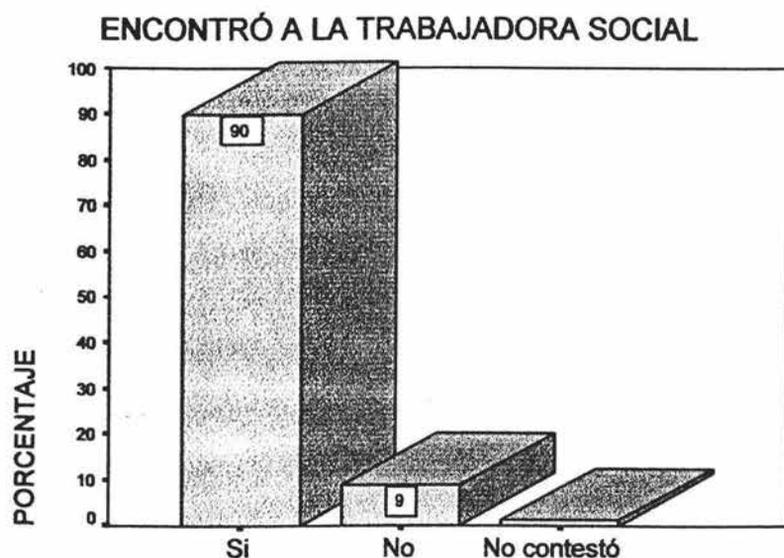
¿Por qué?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
La atención es lenta	42	29.4	29.4
Existe saturación de los servicios	65	45.7	75.1
No tiene tiempo suficiente para escuchar	25	17.5	92.6
No contestó	10	7.4	100
Total	142	100	

Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

La gráfica muestra que de 142 personas que respondieron a la pregunta el 45.7% define que existe saturación de los servicios, el 29.4% opina que la atención es lenta, el 17.5% manifiesta que la trabajadora social no tiene tiempo suficiente para escuchar, y el 7.4% no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 17
ENCONTRÓ A LA TRABAJADORA SOCIAL EN SU LUGAR DE TRABAJO

Lugar de trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	296	90.0	90.0
No	29	8.8	98.8
No contestó	4	1.2	100.0
Total	329	100.0	



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

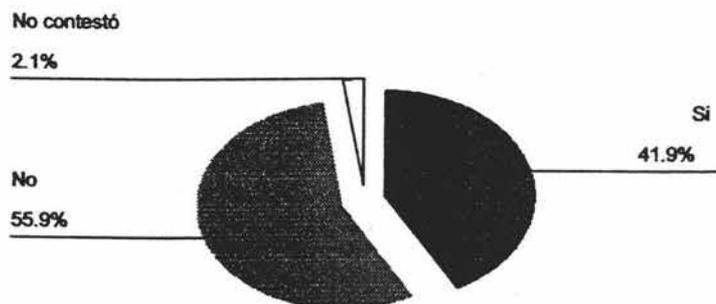
La gráfica muestra que el 90% encontró a las trabajadoras sociales en su lugar de trabajo cuando fueron requeridas, el 9% refiere no encontrar a nadie en la oficina, y el 1.2% no accedió a contestar la pregunta.

TRATO PERSONALIZADO

PREGUNTA 18 NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL

Nombre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	138	41.9	41.9
No	184	55.9	55.9
No contestó	7	2.1	2.1
Total	329	100.0	100.0

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

De las personas que acuden por primera ocasión con la trabajadora social, el 55.9% refieren no conocer el nombre de la persona que los atendió, mientras que el 41.9% manifiesta saberlo, el 2.1 % restante no accedió a responder la pregunta.

PREGUNTA 18.1 CAUSAS

¿Por qué?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No se lo dijo	134	72.8	72.8
No lo recuerda	34	18.5	91.3
No contestó	16	8.7	100.0
Total	184	100.0	

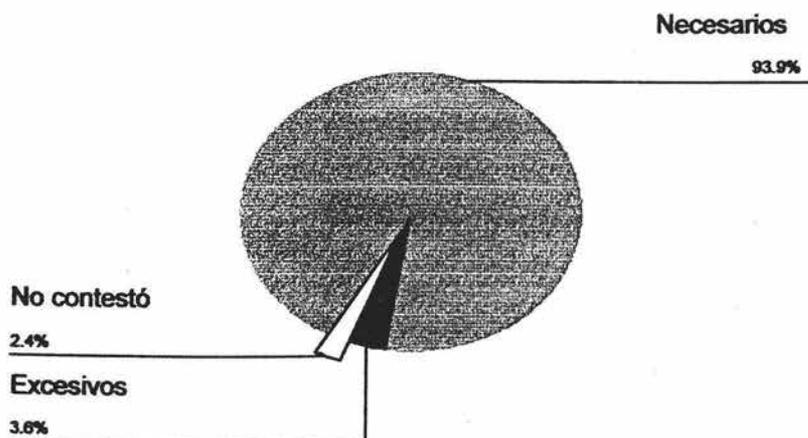
Los principales motivos por lo que las personas no conocen el nombre de la trabajadora social son:

- 1.- "No se lo dijo" con un 72.8%,
- 2.- "No lo recuerda" con un 18.5%, y un 8.7% no contestó.

PREGUNTA 19
LOS TRÁMITES REALIZADOS EN TRABAJO SOCIAL

Trámites	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Necesarios	309	93.9	93.9
Excesivos	12	3.6	97.6
No contestó	8	2.4	100.0
Total	329	100.0	

TRÁMITES



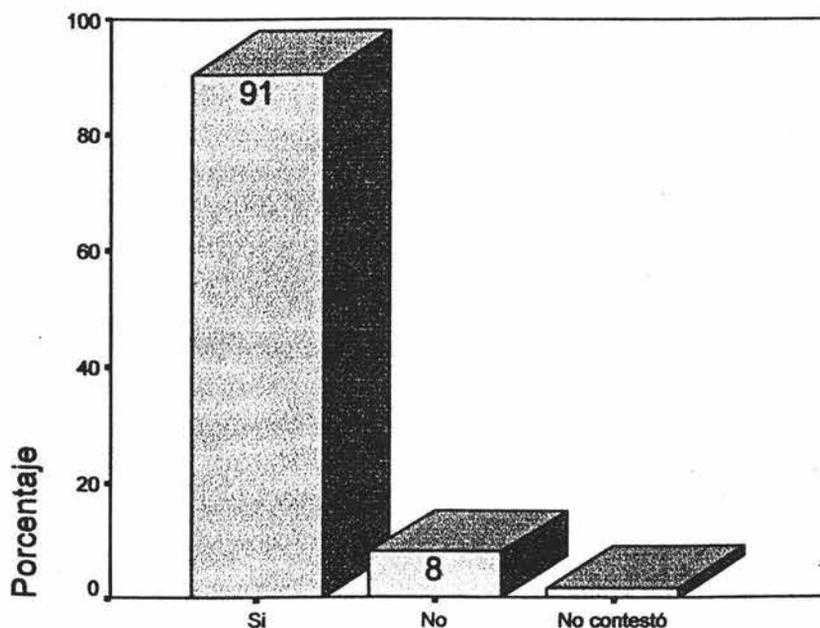
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En cuanto a los trámites realizados en el departamento de Trabajo Social, las personas encuestadas consideran en un 93% que son necesarios, un 3.6% consideran que son excesivos, y el 2.4% no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 20
ORIENTACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Procedimientos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	298	90.6	90.6
No	26	7.9	98.5
No contestó	5	1.5	100.0
Total	329	100.0	

LE ORIENTÓ LA TRABAJADORA SOCIAL



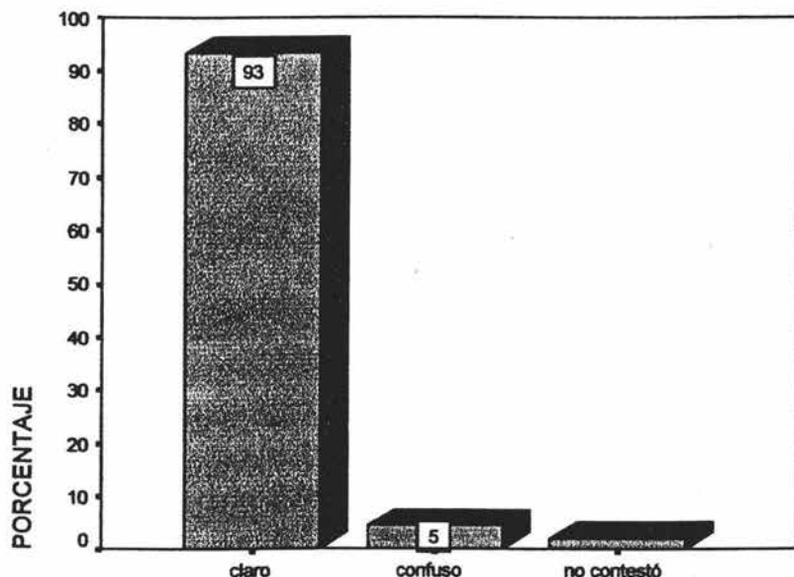
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

De las 329 personas encuestadas el 91% manifiesta que la trabajadora social le orientó sobre los procedimientos a realizar, el 8% comenta que no fue orientado en los trámites a realizar, y el 1.5% restante no contestó a la pregunta planteada.

PREGUNTA 21
LA INFORMACIÓN Y EL LENGUAJE

Información y lenguaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Claro	307	93.3	93.3
Confuso	15	4.6	97.9
No contestó	7	2.1	100.0
Total	329	100.0	

INFORMACIÓN Y LENGUAJE

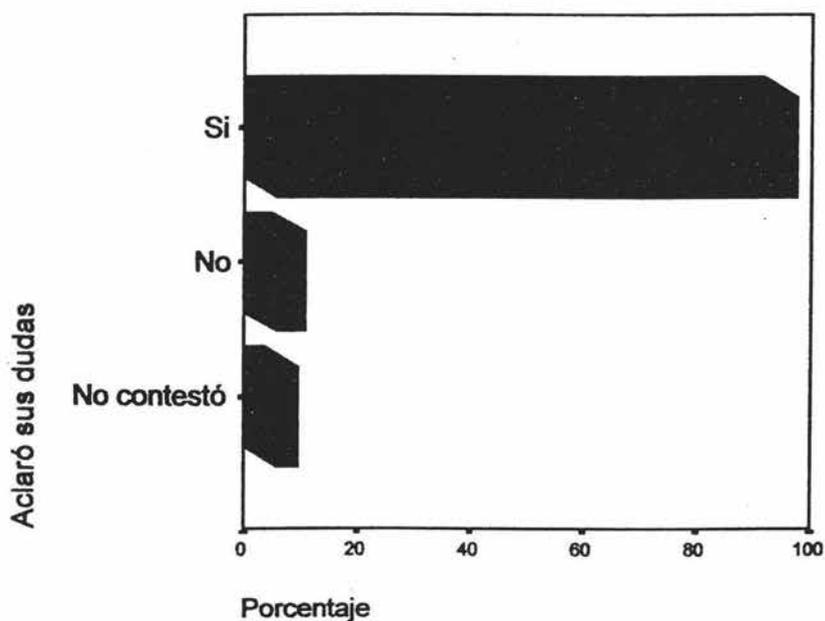


Fuente: *Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003*

La gráfica muestra que un 93.3% de las personas encuestadas definen que la información y el lenguaje utilizado por la trabajadora social es claro, el 4.6% expresa que es confuso y el 2.1% no contestó a la pregunta.

**PREGUNTA 22
ACLARÓ DUDAS**

Aclaró sus dudas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	301	91.5	91.5
No	16	4.9	96.4
No contestó	12	3.6	100.0
Total	329	100.0	

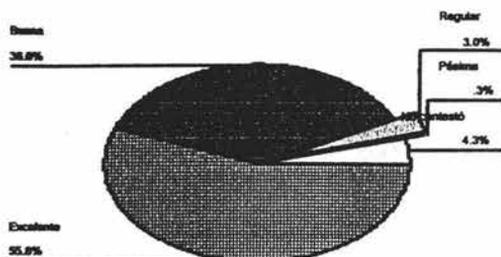


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En la gráfica se observa que el 91.5% de la población expresa que la trabajadora social aclaró sus dudas, para el 4.9% no fueron aclaradas y el 3.6% no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 23
APARIENCIA DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL

a) LIMPIEZA

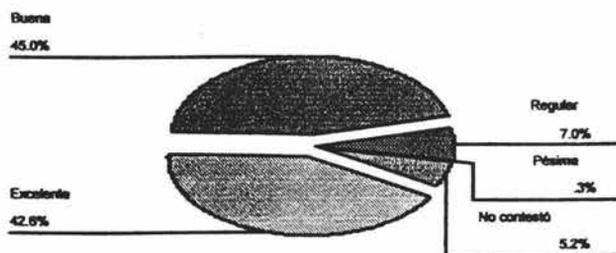


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Limpieza	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	122	37.1	37.1
Buena	168	50.5	87.5
Regular	25	7.6	95.1
Mala	2	.6	95.7
Pésima	1	.3	96.0
No contestó	13	4.0	100.0
Total	329	100.0	

La evaluación de las personas en cuanto a la presentación de la trabajadora social es buena en un 55.5%, el 33.1% la considera excelente, el 7.6% piensa que es regular, el 0.9% la califica entre mala y pésima, el resto 4.0% no contestó.

b) UNIFORME



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

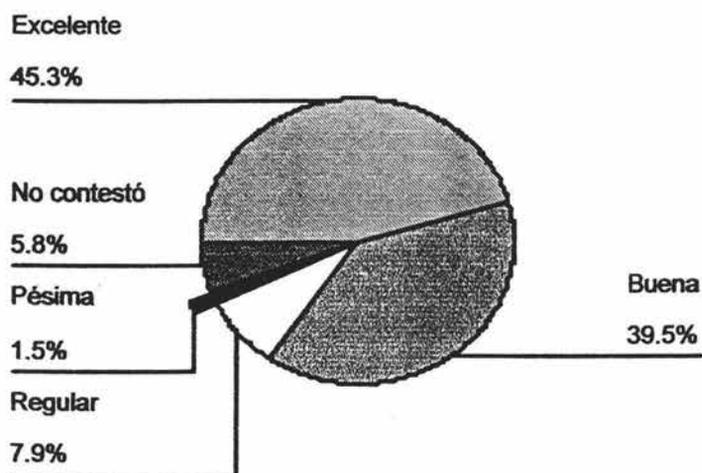
Uniforme	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	140	42.6	42.6
Buena	148	45.0	87.5
Regular	23	7.0	94.5
Pésima	1	.3	94.8
No contestó	17	5.2	100.0
Total	329	100.0	

En cuanto al uniforme el 45.5% considera que es bueno, el 42.6% lo califica como excelente, el 7% opina que es regular, y el resto de la población 5.2% no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 23
APARIENCIA DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL

c) ASPECTO

Aspecto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	149	45.3	45.3
Buena	130	39.5	84.8
Regular	26	7.9	92.7
Pésima	5	1.5	94.2
No contestó	19	5.8	100.0
Total	329	100.0	



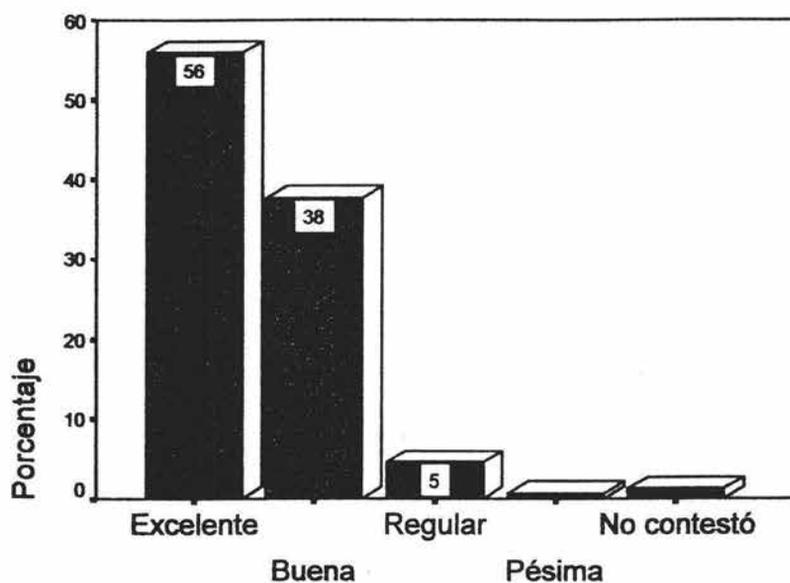
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Con respecto a la apariencia de la trabajadora social, las personas describen en un 45.3% que es excelente, el 39.5% la considera buena, el 7.9% restante la clasifica entre regular y pésima, y el 5.8% no contestó la pregunta.

PREGUNTA 24
LA ACTITUD Y DISPOSICIÓN DE LA TRABAJADORA SOCIAL

Actitud y disposición	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	184	55.9	55.9
Buena	124	37.7	93.6
Regular	15	4.6	98.2
Pésima	2	.6	98.8
No contestó	4	1.2	100.0
Total	329	100.0	

LA ACTITUD Y DISPOSICIÓN

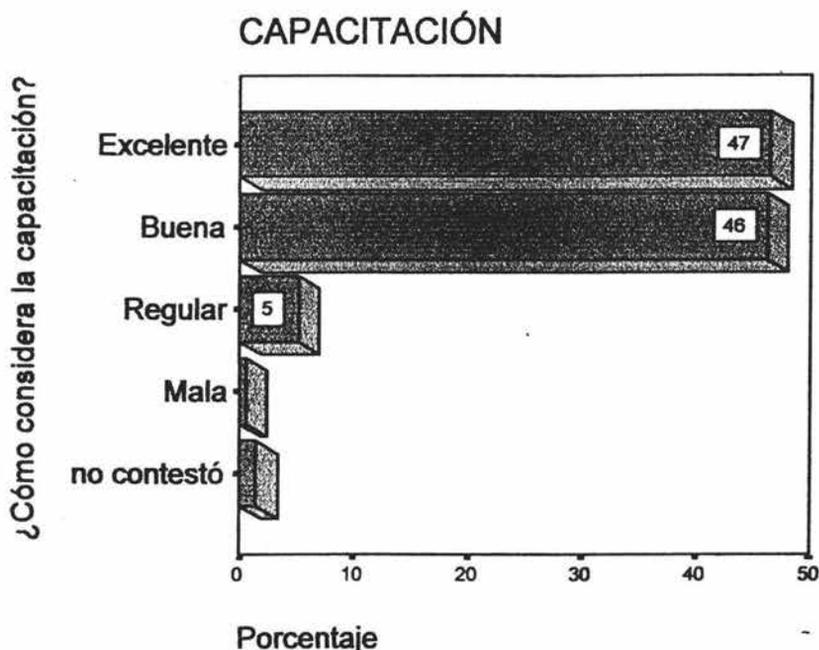


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En la gráfica se observa la percepción de la actitud y disposición que tiene la trabajadora al brindar atención, más de la mitad (56%) opina que es excelente, el 38% la cataloga como buena, 5.2% considera que se encuentra entre regular y pésima, y el resto 1.2% decidió no contestar a la pregunta.

PREGUNTA 25
CAPACITACIÓN DE LA TRABAJADORA SOCIAL

Capacitación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	153	46.5	46.5
Buena	152	46.2	92.7
Regular	17	5.2	97.9
Mala	2	.6	98.5
No contestó	5	1.5	100.0
Total	329	100.0	



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

De las personas encuestadas, la percepción que se tiene con respecto a la capacitación, es favorable, como es posible observar en la gráfica, la frecuencia entre excelente y buena es muy similar 47% y 46% respectivamente, el 5.8% la considera mala y el resto, 1.5% no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 26
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Estudio socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	291	88.4	88.4
No	18	5.5	93.9
No contestó	20	6.1	100.0
Total	329	100.0	

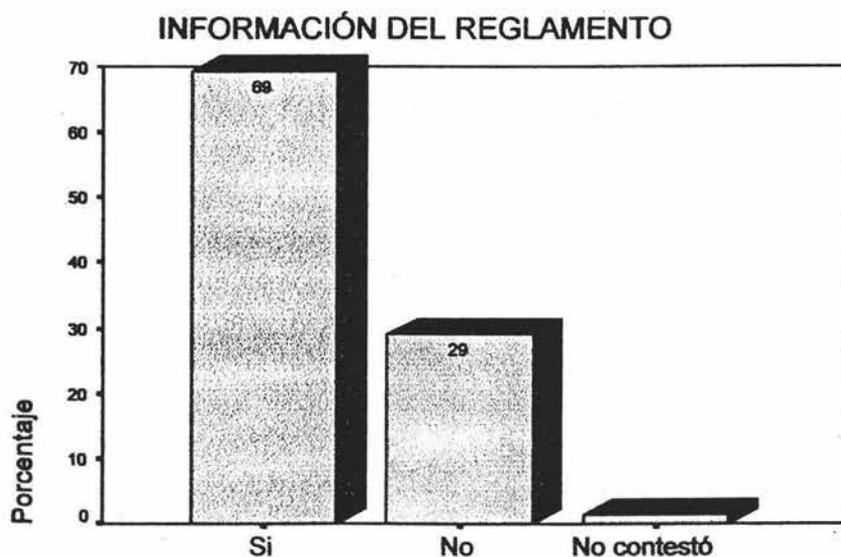


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

El estudio socioeconómico forma parte de las actividades cotidianas de trabajo social, y es fundamental para que las personas puedan acceder a los servicios del instituto, la gráfica muestra que al 88% de las personas se le realizó estudio, un 5% refiere que no se efectuó dicho trámite, y el 6% restante no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 27
INFORMACIÓN DEL REGLAMENTO DEL SERVICIO DONDE FUE ATENDIDO

Informes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	228	69.3	69.3
No	96	29.2	98.5
No contestó	5	1.5	100.0
Total	329	100.0	

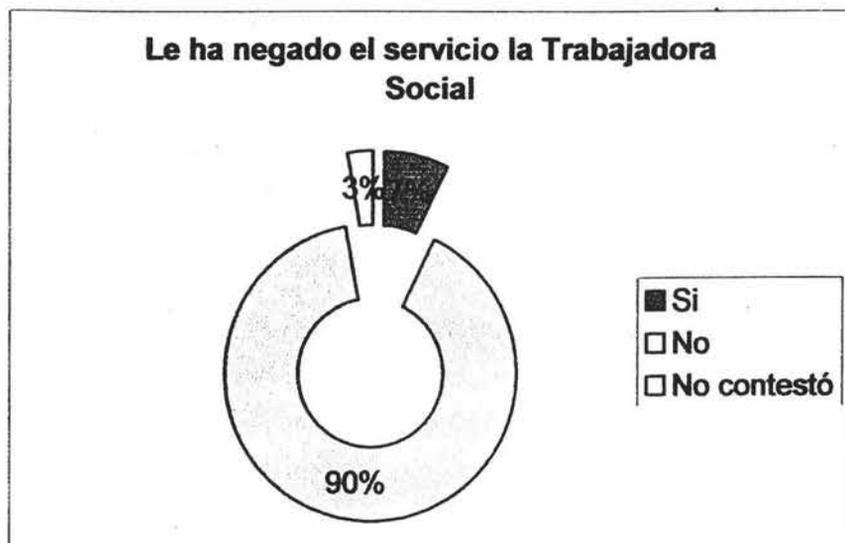


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Más de la mitad de la población (69%), fue informada del reglamento del servicio, el 29% expresa no haber sido informado y el 1.5% no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 28
HA NEGADO LA TRABAJADORA SOCIAL EL SERVICIO

Negado el servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	24	7.3	7.3
No	296	90.0	97.3
No contestó	9	2.7	100.0
Total	329	100.0	

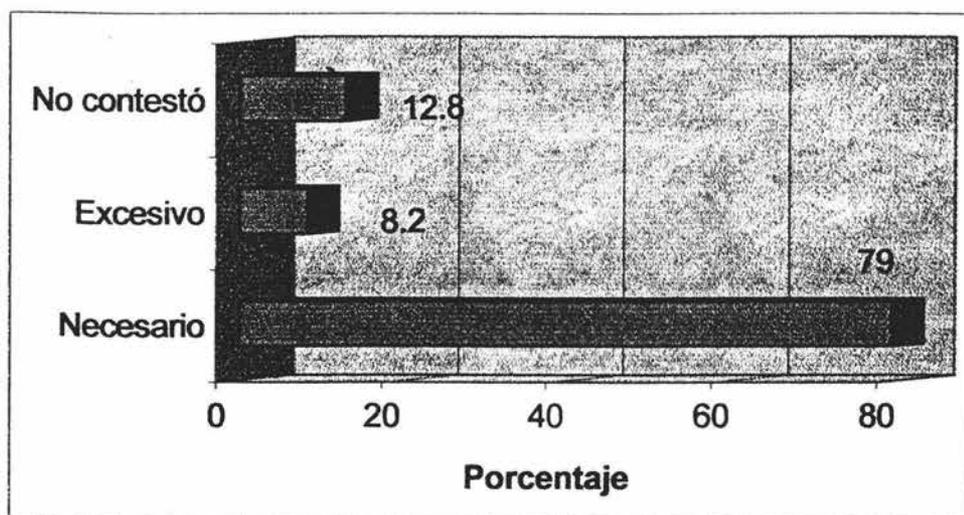


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Al preguntar si alguna trabajadora social había negado el servicio en horario de trabajo, el 90% contestó que no, el 7.3% que sí y el resto no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 29
TRÁMITES DE INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Necesario	86	78.9	78.9
Excesivo	9	8.2	87.1
No contestó	14	12.8	100
Total	109	100	



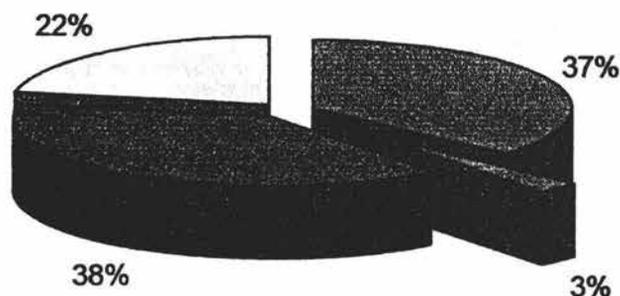
Fuente: *Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003*

Se preguntó únicamente a las personas que se encuentran en las áreas de hospitalización, sobre la percepción que tienen acerca de los trámites de ingreso, el 79% opina que son necesarios, el 8.2% los considera excesivos, y el 12.8 % no contestó.

PREGUNTA 30
TRÁMITES DE EGRESO EN HOSPITALIZACIÓN

Egreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Necesario	40	36.7	36.7
Excesivo	3	2.7	39.4
Continua hospitalizado	42	38.5	77.9
No contestó	24	22	100.0
Total	109	100.0	

Los trámites de egreso han sido



■ Necesario ■ Excesivo ■ Continua hospitalizado □ No contestó

Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

De las 109 personas de primera vez hospitalizadas se preguntó a familiares su percepción sobre los trámites de egreso, el 37% los identifica como necesarios, el 38% al momento de la encuesta continuaba hospitalizado, el 3% piensa que son excesivos, y el 22% no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 31
INFORMACIÓN SOBRE EL PASE DE VISITA

Pase de visita	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	76	69.7	69.7
No	17	15.5	85.29
No contestó	16	14.7	100.0
Total	109	100.0	



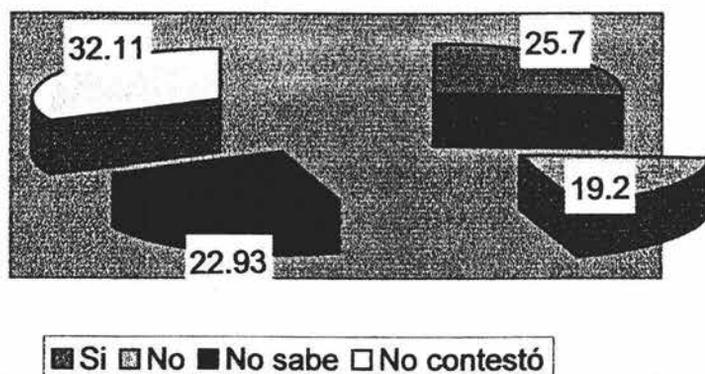
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

El pase de visita es fundamental para los familiares de los pacientes, que se encuentran en áreas de hospitalización; de las personas encuestadas, el 69.7% refiere que recibió información sobre el pase, el 16% refiere no recibir información acerca del pase y, el 15%, no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 32
INFORMACIÓN DE LOS TRÁMITES A OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD.

Informes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	28	25.7	25.7
No	21	19.2	45
No sabe	25	22.93	67.83
No contestó	35	32.11	100.0
Total	109	100.0	

Informes de trámites

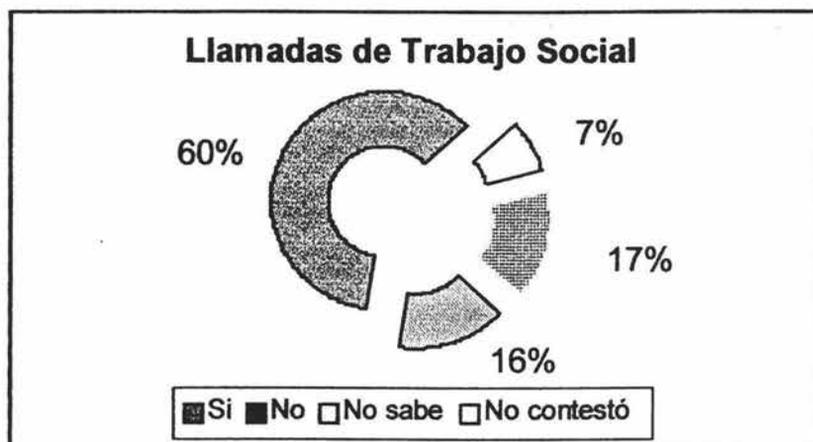


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Algunos de los pacientes hospitalizados requieren ser trasladados a otras instituciones de salud para realizar estudios parciales o seguir con la atención médica en otra especialidad; se preguntó a los familiares, si han sido informados por la trabajadora social, para los trámites a realizar, el 25.7% comenta que sí recibió informes, el 19.2% refiere no saber, y el 22.93% no sabe sobre el tema y con mayor frecuencia (32.1%), no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 33
LLAMADAS TELEFÓNICAS DE TRABAJO SOCIAL

Llamadas De Trabajo Social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	17	15.59	15.5
No	66	60.5	76.1
No sabe	8	7.3	83.5
No contestó	18	16.5	100.0
Total	109	100.0	



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

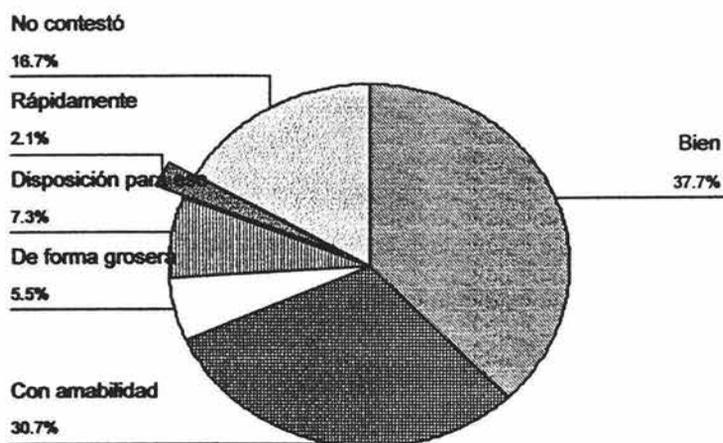
Se preguntó a los familiares si han recibido llamadas telefónicas de Trabajo Social, para informar o preguntar sobre la situación del paciente, el 60% refiere que no, el 16% manifiesta que sí lo han hecho, el 7% desconoce si se han comunicado a su domicilio, y por último el 17% no contestó a la pregunta.

EXPECTATIVAS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN

PREGUNTA 34 EXPECTATIVAS DEL TRATO RECIBIDO.

Trato esperado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Bien	124	37.7	37.7
Con amabilidad	101	30.7	68.4
Disposición para escuchar	24	7.3	81.2
De forma grosera	18	5.5	73.9
Rápidamente	7	2.1	83.3
no contestó	55	16.7	100.0
Total	329	100.0	

¿Cómo esperaba ser tratado?



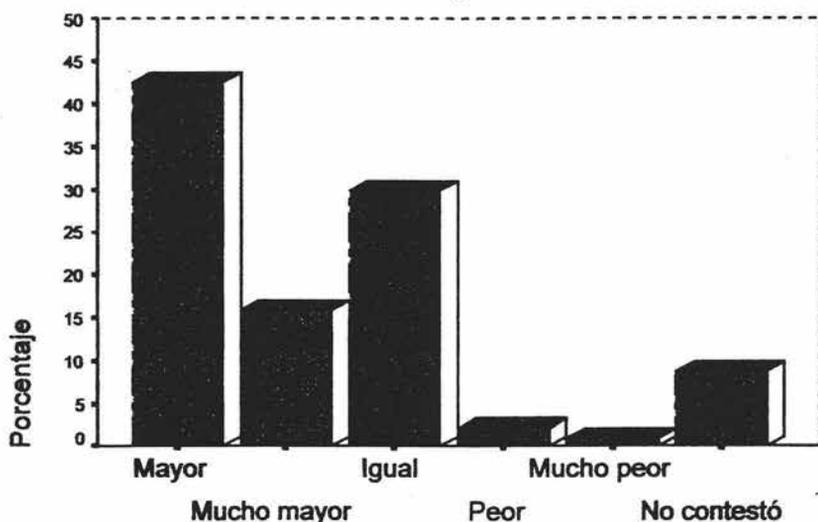
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En la gráfica es posible observar que en un 37.7% las personas esperan ser tratadas “bien” sin definir con exactitud, cómo esperan ser atendidas, el 30.7% considera que sería tratada con amabilidad, el 7.3% espera que la trabajadora social tenga disposición para escucharlos, el 5.5% considera que fue tratado de forma grosera, el 2.1% requiere ser tratado con rapidez y un 16.7% no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 35
TRATO EN RELACIÓN A LO ESPERADO

Trato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Mucho mayor	52	15.8	15.8
Mayor	140	42.6	58.4
Igual	98	29.8	88.1
Peor	7	2.1	90.3
Mucho peor	3	.9	91.2
No contestó	29	8.8	100.0
Total	329	100.0	

El trato en relación a lo esperado ha sido



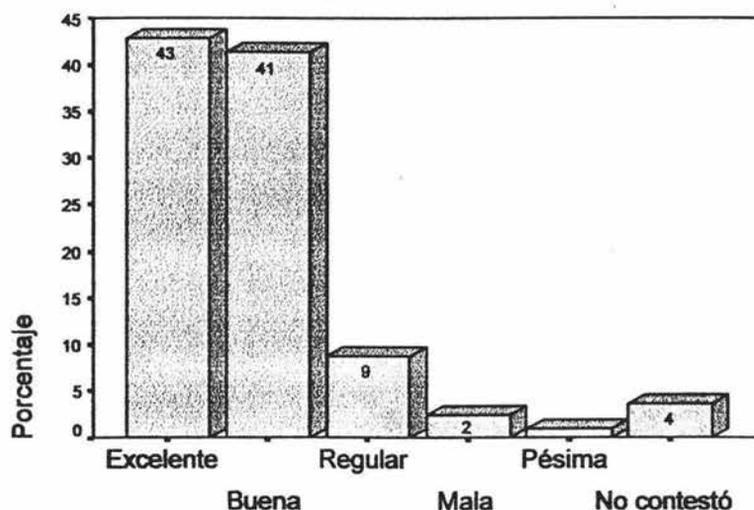
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Al preguntar cómo perciben el trato en relación a lo esperado, las respuestas fueron favorables, el 43% describe que fue mayor, el 16% mucho mayor a lo esperado, el 30% igual a lo que esperaban, el 3% refiere que el trato fue de peor a mucho peor y, el 9% restante, no contestó.

PREGUNTA 36
CAPACIDAD DE LA TRABAJADORA SOCIAL PARA COMPRENDER
NECESIDADES

Capacidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	141	42.9	42.9
Buena	136	41.3	84.2
Regular	29	8.8	93.0
Mala	8	2.4	95.4
Pésima	3	.9	96.4
No contestó	12	3.6	100.0
Total	329	100.0	

Capacidad de la T.S.



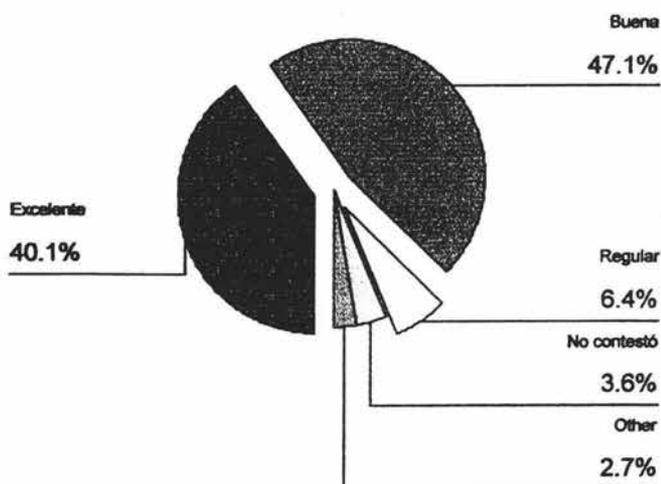
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

La percepción que tiene la población sobre la capacidad de la trabajadora social para comprender sus necesidades, es de excelente a buena 43% y 41% respectivamente, el 9% refiere que es regular y el 3.3% considera que es de mala a pésima y el 4% no accedió a responder a la pregunta.

PREGUNTA 37
DISPOSICIÓN DEL PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL PARA AYUDAR

Disposición	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	132	40.1	40.1
Buena	155	47.1	87.2
Regular	21	6.4	93.6
Mala	7	2.1	95.7
Pésima	2	.6	96.4
No contestó	12	3.6	100.0
Total	329	100.0	

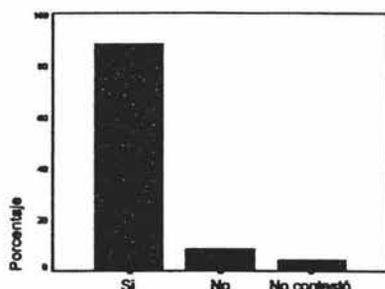
Disposición de la trabajadora social



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En cuanto a la disposición de la trabajadora social para ayudar, el 87.2% considera que es de buena a excelente, el 6.4 % opina que es regular, el 2.7% opina que la disposición es de mala a pésima y el 3.6% restante no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 38
SATISFACCIÓN DEL SERVICIO RECIBIDO



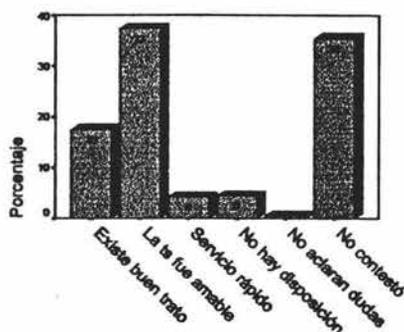
Considera satisfactorio el servicio

Servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	289	87.8	87.8
No	27	8.2	96.0
No contestó	13	4.0	100.0
Total	329	100.0	

Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En la gráfica es posible observar que las personas sí consideran satisfactorio el servicio que recibieron en un 87.8%, el 8.2% no lo considera satisfactorio, y el 4% restante no contestó a la pregunta.

¿POR QUÉ?



¿Por qué?

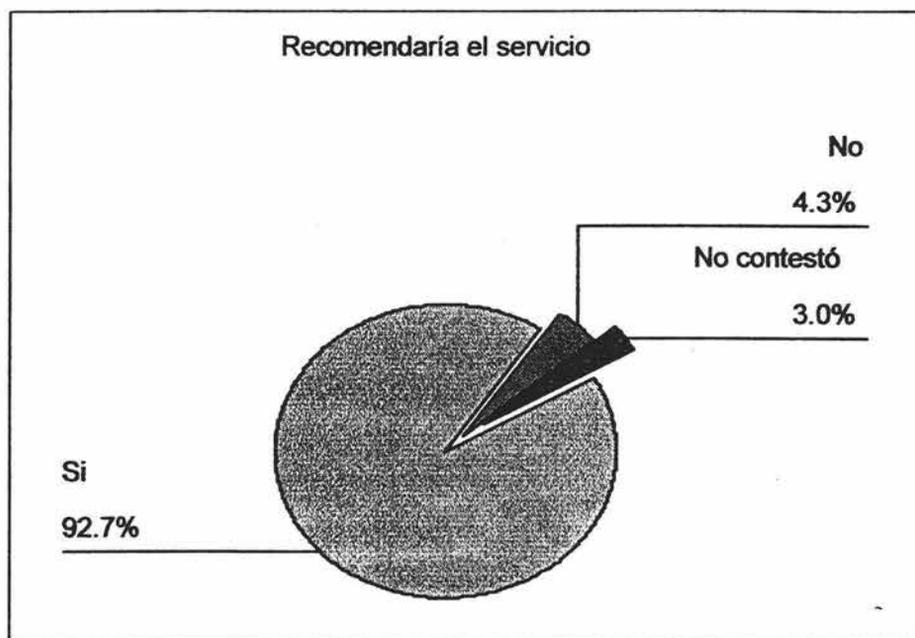
Por qué	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Lo trataron bien	58	17.6	17.6
La ts fue amable y atenta	123	37.4	55.0
La atención fue rápida	14	4.3	59.3
No mostró disposición	15	4.6	63.8
No aclaran dudas	2	.6	64.4
No contestó	117	35.6	100.0
Total	329	100.0	

Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

Los datos muestran el 59.3% que considera satisfactorio el servicio; principalmente (37.4%) a que la trabajadora social ha sido amable y atenta, el 17.6% opina que lo trataron bien, el 4.3% por tener atención rápida; de las personas que no lo consideran satisfactorio (5.2%) es debido a que el profesionalista no mostró disposición 4.6%, o no aclaró las dudas 0.6%, el 35.6% restante no respondió la pregunta.

**PREGUNTA 39
RECOMENDARÍA EL SERVICIO**

Recomienda el servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	305	92.7	92.7
No	14	4.3	97.0
No contestó	10	3.0	100.0
Total	329	100.0	



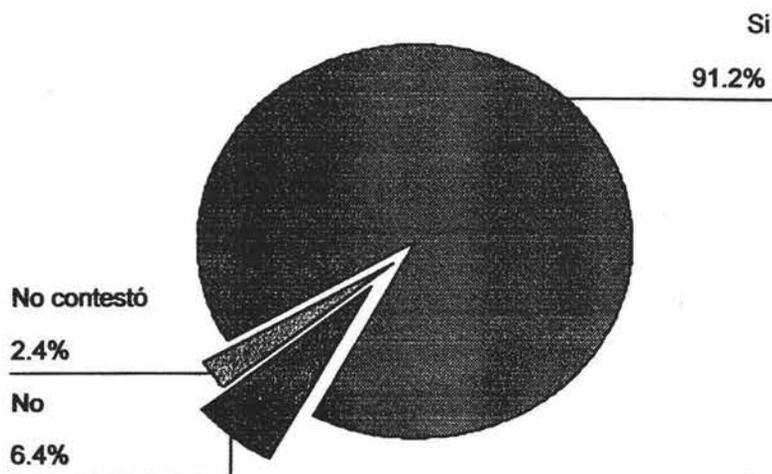
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

La gráfica muestra que más del 90% de la población encuestada recomendaría el servicio, el 4.3% no lo recomienda, y el 3% restante no respondió a la pregunta.

PREGUNTA 40
REGRESARÍA CON LA MISMA TRABAJADORA SOCIAL

Regresaría con la misma persona	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	300	91.2	91.2
No	21	6.4	97.6
No contestó	8	2.4	100.0
Total	329	100.0	

Regresaría con la misma trabajadora social



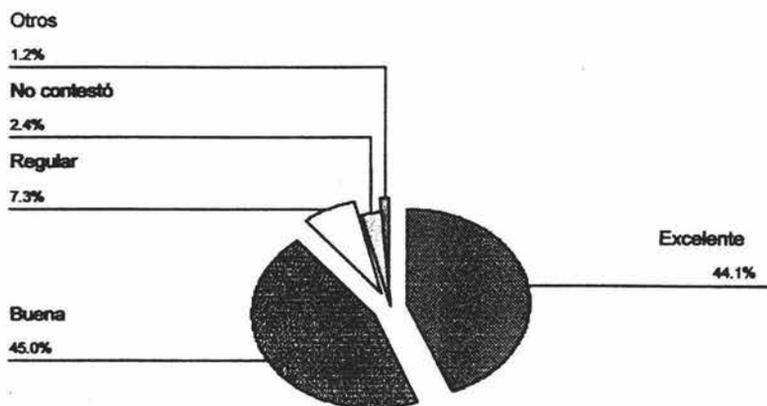
Fuente : Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

En la gráfica es posible observar que el 91.2% de las personas sí regresarían con la misma trabajadora social, el 6.4% no lo haría y el resto 2.4% no contestó.

PREGUNTA 41
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Evaluación de calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Excelente	145	44.1	44.1
Buena	148	45.0	89.1
Regular	24	7.3	96.4
Mala	3	.9	97.3
Pésima	1	.3	97.6
No contestó	8	2.4	100.0
Total	329	100.0	

¿Cómo evaluaría la calidad de la atención de la ts?

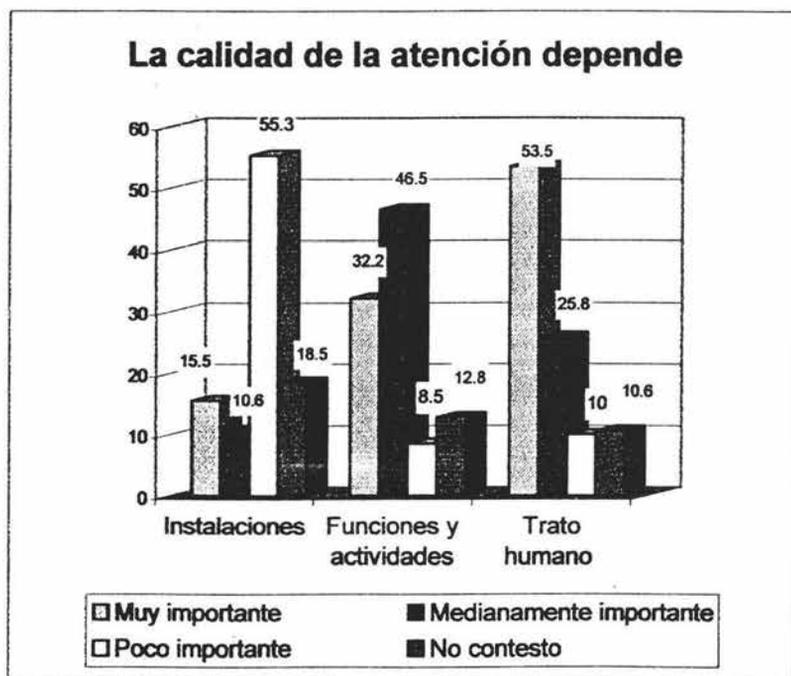


Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

La población encuestada, considera que la calidad de la atención recibida es principalmente de buena a excelente (89.1%), el 7.3% refiere que es regular, 1.2% la describe como mala y pésima, un 2.4% no contestó la pregunta.

PREGUNTA 42
DESDE SU PERCEPCIÓN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEPENDE:

	Instalaciones		Desempeño de funciones y actividades		Trato humano y atención personalizada	
	F	%	F	%	F	%
Muy importante	51	15.5	106	32.2	176	53.5
Medianamente importante	35	10.6	153	46.5	85	25.8
Poco importante	182	55.3	28	8.5	33	10.0
No contestó	61	18.5	42	12.8	35	10.6
Total	329	100	329	100	329	100



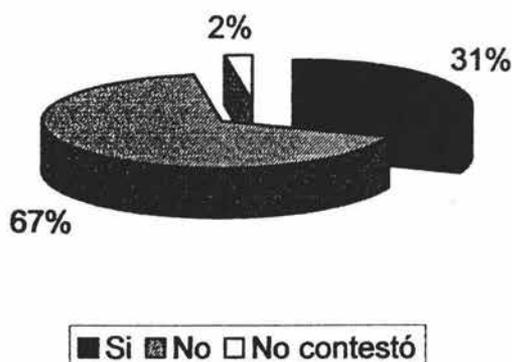
Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

La gráfica muestra la percepción de la población, en relación a los elementos de la calidad de la atención por importancia; un 53% identifica el trato humano como muy importante, el desempeño de funciones y actividades con un 46.5% son consideradas medianamente importantes, las instalaciones son evaluadas por el 55.3% como poco importantes.

PREGUNTA 43
ESPACIOS PARA PRESENTAR QUEJAS Y/O SUGERENCIAS

Quejas y sugerencias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	101	30.7	30.7
No	220	66.9	97.6
No contestó	8	2.4	100.0
Total	329	100.0	

¿Conoce algún lugar para presentar quejas y sugerencias?



Fuente: Calidad de la atención en Trabajo Social, desde la perspectiva del usuario, 2003

De las personas encuestadas la mayor frecuencia 67% no sabe dónde puede acudir a presentar quejas y/o sugerencias, el 31% refiere que sí conoce lugares donde pueda quejarse, y el 2% no contestó a la pregunta.

PREGUNTA 44
COMENTARIOS GENERALES

<i>Comentarios</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje Acumulado</i>
<i>Está de acuerdo con el servicio.</i>	151	45.9	45.9
<i>Mayor información</i>	12	3.6	49.5
<i>Mejor trato humano</i>	14	4.3	53.8
<i>Espacios para dormir</i>	5	1.5	55.3
<i>Mayor capacitación del personal</i>	26	7.9	63.2
<i>Mayor personal</i>	13	4.0	67.2
<i>Mayores espacios en oficinas</i>	8	2.4	69.6
<i>Ampliar el horario</i>	2	.6	70.2
<i>Señalizaciones</i>	2	.6	70.8
<i>Tener mayores formatos (papelería)</i>	1	.3	71.1
<i>No contestó</i>	95	28.9	100.0
Total	329	100.0	

Los comentarios generales de la población encuestada, en mayor porcentaje (46%) describen que están de acuerdo con el servicio, el 7.9% refiere que es necesario mayor capacitación, el 4.3% consideran que se requiere mayor trato humano y mayor personal, el resto considera necesario ampliar las oficinas, el horario, y crear espacios para dormir, entre otros.

5.2 ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

5.2.1 DATOS PERSONALES

De las 329 encuestas realizadas a pacientes y/o familiares, se identificó el siguiente perfil sociodemográfico:

Más de la mitad de la población corresponde a mujeres, (56.2%) y poco más de la tercera parte son hombres (37.7%), ambos se encuentran en edad productiva en un rango de 23 a los 52 años principalmente; es importante mencionar que el instituto sólo atiende población adulta.

El nivel de estudios de más de la mitad de la población es de índole básico (primaria y secundaria), casi un cuarto de los encuestados tienen estudios de nivel medio (preparatoria y carreras técnicas), un 17% cuenta con estudios superiores (Licenciatura y postgrado), en menor proporción se encuentran las personas que no han recibido algún tipo de instrucción académica; la principal ocupación considerando que se entrevistó a un mayor número de mujeres es el hogar, en el caso de los hombres las actividades se distribuyen en campesinos, artesanos, empleados, comerciantes, obreros, estudiantes y un 10% se encuentra desempleado; estos datos nos permiten observar que los trabajos son básicamente actividades con poca o nula remuneración económica, debido probablemente a la falta de capacitación académica, las condiciones laborales por las que atraviesa el país y que en su mayoría se trata de familias tradicionales, donde la mujer se dedica al hogar y es el hombre el que mantiene el rol de proveedor.

De acuerdo al lugar de procedencia las personas que solicitan atención provienen del D.F. y área conurbada (58.6%), y más de la tercera parte radica en algún estado de la República, reafirmando con ello el carácter nacional, del instituto.

El INNN atiende principalmente a personas de escasos recursos económicos que no tienen acceso a ningún servicio de seguridad social; para establecer cuotas de recuperación se asigna un nivel socioeconómico de exento a seis⁷⁴, de acuerdo a un estudio socioeconómico realizado por Trabajo Social; la distribución de los niveles es de uno a tres (86%) principalmente, lo que confirma con los indicadores anteriores, que la población atendida es de bajos recursos económicos. Esta situación es preocupante, teniendo en cuenta que las enfermedades neurológicas son en muchos de los casos crónicas y/o degenerativas, mismas que requieren de tratamientos largos y costosos, situaciones que impactan en la economía y dinámica familiar del paciente, 13 personas no contestaron a la pregunta, lo que hace suponer de acuerdo a la observación y durante el periodo de aplicación del instrumento, que desconocen la existencia de un nivel socioeconómico dentro del instituto y, en muchas ocasiones, reciben el carnet que otorga la trabajadora social, con "un número" sin saber su significado, esto habla de una deficiencia en la información de la Trabajadora Social, al no describir el uso y la razón de ser del "número" asignado.

⁷⁴ Los niveles socioeconómicos son de acuerdo a puntaje del estudio socioeconómico y salarios mínimos, determinados en el manual de procedimientos para Trabajo Social.

Después de encuestar los cinco servicios donde existe presencia de Trabajo Social, se observa que más de la mitad de la población se recibe en consulta externa, debido a que las personas que requieren atención por primera vez en el instituto, deben ser evaluadas por un médico, para determinar si es necesario realizar un expediente clínico; en las áreas de hospitalización el número es menor debido al índice de ocupación del instituto; la atención es proporcionada primordialmente en el turno matutino (88.8%) y poco menos de la cuarta parte es atendida por los turnos vespertinos, nocturno y guardias especiales, razón por la cual labora mayor personal en el primer turno.

Durante la investigación no fue considerado el parentesco, en el entendido que cualquier persona que solicita la atención debe ser tratada con la mejor calidad y calidez y, su percepción, es importante para la presente investigación, sin embargo, mediante la observación y lugares de aplicación del instrumento, fue posible identificar que en promedio tres cuartas partes de los cuestionarios fueron contestados por familiares, debido a que el paciente se encontraba hospitalizado o con alguna molestia física al momento de la aplicación del mismo.

5.2.2 PERCEPCIÓN DE LA ESTRUCTURA.

A partir de las condiciones físicas y estructurales, puede aumentar o disminuir la calidad que se ofrece, la atención debe ser oportuna y contar con los espacios y señalizaciones (amenidades) adecuados, que permitan a las personas acceder a los servicios; al respecto fue posible identificar los siguientes elementos:

El 96% de los encuestados encontraron fácilmente las instalaciones de Trabajo Social y están de acuerdo con el lugar de ubicación, los motivos de las personas que no las encontraron con facilidad, refieren que no existe ningún tipo de señalización, nadie le informó o no están a la vista. La señalización es uno de los problemas dentro del Instituto, pues a pesar de que existe un Departamento de Comunicación Social, solicitan informes al personal de vigilancia o, en su defecto, recurren a otros usuarios que están en las salas de espera.

En lo referente a las instalaciones, tres cuartas partes de la población en promedio califica las salas de espera, oficinas, ventilación y limpieza como buenas y excelentes, más del 15% en promedio las cataloga de regulares a pésimas y un 4.7% (en promedio) no contestó a la pregunta. Los datos estadísticos reflejan que se requiere mayor atención principalmente en la privacidad e iluminación, debido probablemente a que las oficinas tienen vidrios y permiten observar al interior, esto puede provocar incomodidad, debido a que los usuarios pasan por momentos de crisis, ocasionados por las diversas situaciones económicas y familiares que viven cotidianamente.

Con relación a la organización de los servicios, más de la mitad de las personas conocen el horario de atención, y al 72.3% le parece adecuado, el resto refiere no saberlo principalmente por que no preguntó o no existe información visible del mismo, tres personas comentan que la oficina está generalmente cerrada, esto indica que existe falta de información de la trabajadora social hacia el usuario, así como, poco interés de las personas que acuden al servicio.

5.2.3 PERCEPCIÓN DEL PROCESO

El proceso es el elemento de mayor importancia, es donde el paciente y/o familiar hace un juicio de valor sobre la atención recibida, permite interrelacionar al prestador del servicio con el usuario de manera directa.

Para hablar de buena calidad, es necesario que un servicio sea accesible y se proporcione en el menor tiempo posible; el tiempo de espera promedio para que las personas sean atendidas por la trabajadora social es de 0 a 20 minutos en el 73% de los casos, un cuarto de la población esperó de 21 min. a 2 horas, y una persona comenta que tardó en ser atendida más de tres horas.

De acuerdo a las expectativas del usuario, el 63% considera adecuado esperar hasta 20 min., menos de un cuarto de la población cree que basta con esperar 40 min., a diez personas les resulta razonable esperar una hora, y ocho personas no contestaron la pregunta, probablemente por no tener un parámetro de medición del tiempo esperado y deseado; algunos comentarios a la investigadora, fueron que no importa “esperar el tiempo que sea necesario mientras los atiendan”.

Estos resultados, nos permiten identificar que el servicio en su mayoría es rápido y supera las expectativas de la población, sin embargo es necesario analizar los motivos de los tiempos de espera excesivos, mismos que pueden desencadenar desesperación y molestia en los pacientes y/o familiares, ocasionando con ello que la entrevista con los trabajadores sociales resulte incómoda y molesta.

Tres cuartas partes de los encuestados, consideran que el personal es suficiente para dar el servicio, sin embargo, el 43% opina que se requiere de mayor personal, principalmente por la lentitud y saturación del servicio y considerar que la trabajadora social no tiene el tiempo suficiente para escuchar los problemas; de las personas que consideran al personal suficiente, más del 20% marca fallas en el servicio.

Para que exista atención oportuna, es necesario que el prestador del servicio se encuentre en su lugar de trabajo, el 9% encontró vacía la oficina, probablemente por que las trabajadoras sociales realizan actividades principalmente administrativas y requieren salir de los espacios para buscar expedientes en los archivos, requerir alguna firma de la Dirección Médica, o realizar visita a los pisos en el área de hospitalización.

Parte fundamental del proceso es que la atención sea integral en los trámites a realizar y proporcione el mayor trato personalizado; al respecto, las repuestas fueron las siguientes:

Más de la mitad de la población desconoce el nombre de la persona que lo atendió principalmente porque no se lo dijo (72.8%) o no lo recuerda, es decir, que las trabajadoras sociales generalmente no se presentan con el usuario, reflejando falta de capacitación en los elementos fundamentales de la entrevista.

De los trámites que se realizan, más del 90% de la población los considera necesarios, recibió información y orientación, con un lenguaje claro; en el caso de tener dudas, éstas fueron

aclaradas, el resto de las personas mostraron confusión con los procedimientos a realizar, principalmente por falta de orientación, un lenguaje confuso y negación del prestador del servicio para aclarar las dudas. Las personas que llegan por primera vez al instituto y son canalizadas a Trabajo Social, requieren trámites administrativos en otras instituciones, (cartas de no derechohabientes, ingresos, reporte de visita domiciliaria para casos foráneos, etc.) que repercuten en mayor tiempo por parte de la trabajadora social para explicar los procedimientos y probablemente por la demanda de trabajo, no da prioridad a las necesidades de información del paciente y/o familiar.

La evaluación que asignan a la trabajadora social en lo referente a limpieza, uniforme y aspecto, es de buena a excelente (87%), menos del 10% la considera de regular a pésima, principalmente en la apariencia; nueve de cada diez, evalúan la actitud, disposición y capacitación de excelente a buena, el 5% la considera de regular a pésima, en particular aquellas personas a las que no les fueron aclaradas las dudas o tardaron más de una hora en ser atendidas.

Una de las funciones principales de Trabajo Social dentro del Instituto, es la investigación por medio del estudio socioeconómico, éste forma parte fundamental para que las personas tengan acceso a la atención médica, con cuotas de acuerdo a su situación familiar; al respecto, el 5.5% refieren que no se les realizó el trámite, mientras el 6% no respondió a la pregunta; durante las encuestas fue posible observar que las personas no identifican la realización de un estudio socioeconómico y que Trabajo Social no pone atención en informar a las personas sobre el trámite que se realiza, por el contrario, se enfocan a hacer las preguntas del formato para agilizar la demanda de trabajo.

En lo referente al servicio, al 7% se les negó, en el horario de trabajo y casi una tercera parte no recibió información alguna. La información sigue siendo un problema específico en las funciones y actividades de Trabajo Social.

En el área de hospitalización se preguntó específicamente sobre los trámites y seguimiento al paciente, las respuestas fueron las siguientes:

Los trámites de ingreso son considerados como necesarios, el 8% cree que son excesivos, mientras que los de egreso, se consideran necesarios y el 2.7% excesivos debido a los documentos de alta y trámites con enfermería y seguridad.

El pase de visita es fundamental para acceder al área de hospitalización. Trabajo Social se encarga de proporcionar los informes y reglamentos correspondientes, más de la mitad recibió información, al 31% no se le dio información alguna, esto implica que existe un serio problema de atención personalizada y, por lo tanto, de calidad, que ocasiona confusión y molestias de los usuarios que utilizan los pases de visita; es importante resaltar que existe un horario específico para entregar pases a los familiares y tampoco fue posible observar información alguna al respecto.

El traslado de los pacientes es necesario cuando se requieren estudios que no pueden efectuarse en el Instituto, o los padecimientos ya no competen a la especialización neurológica, una cuarta parte de los encuestados fue asesorada, el 42%, no ha tenido información, no sabe sobre el tema o no respondió a la pregunta, probablemente por no requerir ningún trámite relacionado con el cuestionamiento.

En cuanto al seguimiento telefónico, más de la mitad de la población no ha recibido ninguna llamada a su domicilio, al 16% sí se le ha llamado, el resto desconoce sobre el tema o no contestó a la pregunta, Es importante señalar que el seguimiento telefónico se realiza cuando el familiar no se encuentra en el Instituto, sin embargo refleja una carencia en el seguimiento de caso, posiblemente por la importancia que se destina a los trámites administrativos.

Durante el proceso de investigación, ingresaron prestadores de servicio social, cubriendo los servicios de consulta externa, radiocirugía, neurología y neurocirugía por la mañana y prácticas profesionales de la Licenciatura. en Trabajo Social en el turno vespertino, debido a la ausencia de personal adscrito por motivos como: incapacidad por embarazo o enfermedad y periodos vacacionales, que pudieron influir en la percepción de las personas encuestadas.

En resumen, es posible identificar que el proceso de atención que reciben los pacientes y/o familiares que acuden a Trabajo Social puede ser considerado básicamente de bueno a excelente específicamente en las funciones y actividades, sin embargo se observan elementos significativos por resolver en aspectos relacionados con la capacitación, atención personalizada e información hacia el usuario.

5.2.4 PERCEPCIÓN DEL RESULTADO

Las evaluaciones de calidad, están relacionados fundamentalmente con el impacto y la satisfacción de las expectativas, no es posible hablar de buena calidad si el usuario no está de acuerdo con el servicio o percibe fuertes deficiencias en el proceso de atención, es el mejor parámetro para identificar las fallas del servicio.

Con relación a las expectativas, se identificó, que más de la tercera parte no tiene una idea clara de la atención que espera recibir, basta con que se les trate "bien", esto indica que las personas que llegan a solicitar los servicios están dispuestos a esperar y aceptar la atención que se les proporcione, probablemente por la necesidad del servicio médico, las condiciones académicas y socioculturales, aunado a la idea constante de servicios burocráticos con deficiencias en atención y periodos prologados de tiempo; casi una tercera parte espera que el trato sea amable y, el 7% requiere que la trabajadora social tenga disposición para escuchar sus problemas, el 2.1% requiere rapidez, un 5.5.% considera que será tratado en forma grosera, 55 personas, no respondieron a la pregunta, probablemente por no tener definida alguna expectativa o falta de interés hacia la pregunta.

En contraste, para menos de la mitad, el trato en relación a lo esperado fue mayor, casi una tercera parte refiere que lo trataron igual, el 16% menciona que el trato fue mucho mayor, y al

2.9% se le trató peor de lo que esperaba, principalmente, en aquellas personas que esperaban amabilidad, un trato grosero, o ser tratados "bien". Las expectativas en general fueron igualadas y/o superadas, sin embargo, para la calidad es necesario que todos los usuarios sean tratados positivamente, sin distinción alguna.

Trabajo Social se caracteriza por ser una disciplina capaz de analizar e interpretar la realidad social, con la finalidad de planear y desarrollar acciones que permitan dar solución a las necesidades y problemas sociales. Por lo tanto, el profesional requiere de la capacidad para comprender las dificultades a las que se enfrentan los individuos, en situaciones de conflicto; la percepción que tiene el paciente y/o familiar al respecto, es en un 84% de los casos evaluada en un rango de buena a excelente, más del 10% la considera de regular a pésima, en este rubro es importante recalcar que se requiere de un mayor proceso de sensibilización y capacitación al profesional que permita disminuir y, de ser posible, eliminar la percepción negativa.

Con respecto a la disposición del prestador del servicio para ayudar, se encontró que un 87% la percibe de buena a excelente, y menos del 10% regular a pésima, explicando a la encuestadora que no accedió la trabajadora social a disminuir el nivel socioeconómico asignado.

En general el servicio es considerado como satisfactorio (87%), por ser tratado "bien", con atención, amabilidad y rapidez; de las personas que no consideran satisfactorio el servicio (8.2%), se debe principalmente a que el profesionista no mostró disposición, o no aclaró sus dudas, poco más de la tercera parte no respondió la pregunta, probablemente, por estar de acuerdo simplemente con recibir el servicio.

Más del 90% recomendaría el servicio y regresaría con la misma trabajadora social, 4.3% no lo recomienda y el 6.4% no regresaría con la misma persona existiendo un incremento de un 2%, esto se debe a errores detectados en las funciones, actividades y/o trato personalizado, que en conjunto, forman una mala percepción del profesional que los atendió.

Una de las preguntas claves dentro del instrumento fue solicitar al encuestado la evaluación en general de la calidad recibida, de acuerdo a su percepción es buena a excelente (85%), el resto la considera de regular a pésima, estos resultados permiten identificar que la mayoría de la población está satisfecha con el servicio; sin embargo, es necesario prestar atención a aquellas situaciones que ocasionan la no satisfacción del usuario y que pueden ser mejoradas con el trabajo continuo.

Se solicitó a la población que identificara por orden de importancia, de acuerdo a su percepción, los elementos que definen la calidad de la atención, distribuyéndolos en tres grandes áreas: las instalaciones (estructura) y el proceso dividido en la atención técnica (desempeño de funciones y actividades) y la relación interpersonal (trato humano y atención personalizada) se encontró que lo más importante es el trato humano y la atención personalizada (53%), seguido por el desempeño de funciones actividades, considerado como medianamente importante (46.5%) y, por último, como factor de menor importancia son tomadas en cuenta las instalaciones; con estos resultados es posible reafirmar que el proceso de la atención es la parte de mayor peso dentro de la calidad y que al percibir un trato humano el impacto o resultado es favorable.

Para que los usuarios puedan manifestar sus inconformidades y/o sugerencias, es necesario que existan espacios específicos y que estén a la vista. Dentro del instituto hay instalados buzones donde las personas pueden expresar quejas, sugerencias y felicitaciones, sin embargo, más de la mitad de la población no tiene conocimiento de estos espacios, poco menos de la tercera parte respondió que sí conoce lugares para quejas; algunos de los comentarios a la encuestadora fueron que los buzones, no son útiles por no contar con pluma y papel.

Los comentarios generales se distribuyen de la siguiente manera: menos de la mitad está de acuerdo con el servicio, el resto se relaciona a aspectos de mayor capacitación, trato humano, personal e información, principalmente.

La no respuesta significó una constante en un 4.7% promedio, ocasionado tal vez por la falta de interés, desconocimiento del tema y creer que “de nada sirve contestar a las preguntas porque todo sigue igual”.

Con estos datos se logró conocer la opinión del usuario acerca de la calidad de la atención en el departamento de Trabajo Social y, por lo tanto, fue cumplido el primer objetivo específico planteado.

5.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

Evaluar es fundamental en cualquier acción profesional, el mismo trabajador social percibe la evaluación como un proceso metodológico y educativo, de comparación, reflexión y análisis, a través de los diferentes niveles de participación; al evaluar, es posible generar alternativas, detectar errores y cohesionar a los grupos con los que se trabaja, con el único fin de mejorar.

El objetivo general de la presente investigación está basado en evaluar la calidad de la atención desde la percepción del usuario, por lo tanto, podemos hablar de una evaluación participativa, ex post, al recopilar la información inmediatamente después de recibir la atención y, mixta, con la intervención directa del usuario y una persona ajena al servicio, en este caso, la investigadora.

La calidad debe verse como un término complejo que intenta alcanzar la excelencia y, por lo tanto, disminuir las deficiencias que se presenten en el proceso de atención.

A continuación se presentan la evaluación de los resultados obtenidos, y la visión cualitativa de la que suscribe, con la finalidad de verificar si los objetivos y la hipótesis de la investigación fueron logrados.

La evaluación de los resultados se engloban en dos grandes áreas:

- **Elementos de calidad:** entendido como: el nivel de satisfacción obtenido de acuerdo a las respuestas cuantitativas resultantes de la percepción del servicio.
- **Elementos de no calidad,** entendidos como los aspectos cualitativos que requieren de intervención, obtenidos de las respuestas negativas hacia la satisfacción del servicio y las observaciones del proceso de atención.

5.3.1 ELEMENTOS DE CALIDAD

Considerando que el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es una institución de tercer nivel de atención, requiere contar con los espacios suficientes y el personal capacitado para proporcionar la atención médica. Durante la investigación destacaron los siguientes elementos relacionados con la calidad.

- Existe un departamento establecido
- La atención es proporcionada por servicio de manera independiente
- Las trabajadoras sociales adscritas tienen capacitación de nivel técnico a licenciatura y diversos cursos de capacitación en el área de la salud.
- Existe un cubículo por servicio
- Cuenta con apoyo secretarial
- Existe un manual de procedimientos
- Se elaboran informes sociodemográficos
- La atención es proporcionada las 24hrs. todo el año

Con respecto a la evaluación y grado de satisfacción del usuario se obtuvieron los siguientes resultados:

INSTALACIONES

<i>VARIABLE</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<i>Acceso a las instalaciones y ubicación</i>	Buena
<i>Salas de espera</i>	Buena
<i>Oficinas</i>	Buena
<i>Iluminación</i>	Buena
<i>Ventilación</i>	Buena
<i>Privacidad</i>	Buena
<i>Limpieza</i>	Buena

DESEMPEÑO DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES⁷⁵

VARIABLE	NIVEL DE SATISF ACCION
<i>Nivel de capacitación</i>	BUENO
<i>Información de horarios de atención</i>	MALA
<i>Tiempo de espera promedio/ tiempo de espera considerado es de 0 a 40 min.</i>	BUENO
<i>Número de trabajadoras sociales para dar atención</i>	REGULAR
<i>Estancia del personal en su lugar de trabajo</i>	BUENO
<i>Trámites de Trabajo Social (necesarios)</i>	BUENO
<i>Orientación de los procedimientos</i>	BUENO
<i>Investigación social (estudio socioeconómico)</i>	BUENO
<i>Información del reglamento</i>	BUENO
<i>Atención durante el horario de trabajo</i>	BUENA
<i>Trámites de ingreso y egreso para hospitalización</i>	BUENO
<i>Información del pase de visita en hospitalización</i>	MALO
<i>Información y apoyo de trámites externos a instituciones de salud</i>	REGULAR
<i>Seguimiento de caso (vía telefónica)</i>	MALO

TRATO PERSONALIZADO

VARIABLE	NIVEL DE SATISF ACCION
<i>Presentación de la trabajadora social</i>	MALA
<i>El lenguaje y la información utilizada (clara)</i>	BUENA
<i>Disponibilidad para aclarar dudas</i>	BUENA
<i>Apariencia de la trabajadora social en limpieza, uniforme.</i>	BUENA
<i>Actitud y disposición</i>	BUENA

⁷⁵ Son consideraras aquellas que tienen relación directa con el usuario (investigación, información, gestión, orientación) de acuerdo a lo establecido por los objetivos y políticas del Departamento.

EXPECTATIVAS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN

VARIABLE	NIVEL DE SATISFACCIÓN
<i>Trato en relación a lo esperado</i>	BUENO
<i>Capacidad para comprender necesidades</i>	BUENO
<i>Disposición para ayudar</i>	BUENO
<i>Servicio recibido</i>	BUENO
<i>Recomendación del servicio</i>	BUENO
<i>Recibir atención nuevamente de la misma persona</i>	BUENO
<i>Evaluación de la calidad en general</i>	BUENA

Con estos resultados se concluye que la evaluación que asigna el usuario a la calidad de la atención desde su percepción, en lo relacionado a las características de la estructura, proceso y resultado de la atención, es principalmente buena; las expectativas son cubiertas en la mayoría de los casos, por lo tanto el objetivo general de la investigación fue alcanzado.

5.2.2 ELEMENTOS DE NO CALIDAD

Durante los procesos de evaluación en lo que a calidad de la atención y percepción se refiere, comúnmente la evaluación termina en identificar el nivel de satisfacción cuantitativo y estadístico; las acciones de mejora continua, se enfocan básicamente en los elementos identificados como no satisfactorios percibidos por el promedio total de la población.

Para el Trabajo Social existen elementos cualitativos que pueden ser observados y analizados durante el proceso de investigación, de tal manera que permitan abordar aquellos aspectos negativos que estadísticamente no son representativos, en el entendido de que cada opinión es importante y debe ser atendida por mínima que parezca.

Los principales elementos que requieren mayor atención, determinado de acuerdo a las encuestas fueron los siguientes:

- La señalización para acceder a las oficinas, se presentó como un problema a superar, debido a que el instituto no cuenta con un croquis o mapa de las instalaciones, y el personal no tiene disposición para explicar.
- Mayor ventilación y privacidad en las oficinas.

- ⌘ Errores importante de información en los horarios de atención, pases de visita y reglamentos de los servicios.
- ⌘ Existen deficiencias en los tiempos de espera, principalmente para las personas que son atendidas en más de una hora.
- ⌘ La trabajadora social no deja información del motivo de salida de la oficina.
- ⌘ Falta de capacitación metodológica en los elementos fundamentales de la entrevista principalmente en la presentación y descripción del objetivo de la misma.
- ⌘ Considerando el nivel socioeconómico del usuario es necesario poner mayor atención en el lenguaje que se utiliza para dar claridad a la información.
- ⌘ Errores en la disposición, actitud para escuchar la problemática del usuario, aclarar las dudas y orientación de los trámites a realizar.
- ⌘ En lo relacionado a la apariencia del personal se notaron carencias de limpieza, uso del uniforme y aspecto personal.
- ⌘ Fueron observados errores en cuanto a capacitación, en este apartado es importante identificar que existieron prestadores de servicio social y prácticas profesionales.
- ⌘ Falta de seguimiento de caso.

ELEMENTOS CUALITATIVOS OBSERVADOS

Durante la investigación, se identificaron factores que impactan en la calidad de la atención encontrando los siguientes elementos:

Después de entrevistar a las trabajadoras sociales, se observa una falta de conocimiento del manual de procedimientos, se detectó que sólo tres personas adscritas conocen los objetivos y las políticas, el resto sabe que se encuentran integrados en el manual de procedimientos que "han leído en alguna ocasión".

Otro de los problemas que pueden afectar a la calidad de la atención son las instalaciones, si bien es cierto que la estructura no es un factor determinante para brindar atención de calidad, si interviene en la comodidad, rapidez y rapport del usuario y el prestador del servicio, al respecto se identificaron falta de equipo técnico, principalmente computadoras para agilizar los trámites de atención, además de capacitación del personal en programas de cómputo.

Es posible observar que el personal no resulta suficiente, en comparación con la demanda del servicio y, que en algunas ocasiones proporcionar atención resulta todo un reto, debido a los constantes permisos solicitados por incapacidades de enfermedad y/o embarazo, que acotan al

personal existente, teniendo que cubrir turnos dobles lo cual ocasiona cansancio, menor disposición y tolerancia a las demandas del usuario.

El departamento de Trabajo Social, basa su quehacer profesional en trámites administrativos, dejando de lado la investigación, planeación, ejecución y evaluación de programas y proyectos sociales, y desde luego también la evaluación de su propia actividad.

Cabe destacar que al analizar el contenido de las políticas y funciones determinadas en el manual de procedimientos para Trabajo Social, fue posible observar elementos que no permiten al 100% la autonomía del Departamento para la asignación de niveles socioeconómicos y cuotas de recuperación, debido a que se requiere de la autorización de las autoridades (Director General y Director Médico) en lo referente a la exención de pago y modificación del mismo, acotando así las facultades que competen exclusivamente a Trabajo Social y que se encuentran establecidas en el manual de procedimientos.

Por último se encontraron diversos obstáculos para evaluar la calidad en el servicio lo que lleva a detener en algunos momentos la investigación.

Es importante mencionar que el profesionista no está acostumbrado a ser evaluado; por el contrario, en algunas ocasiones, se siente agredido, esto se demostró ante la falta de cooperación de varias trabajadoras sociales, para ser entrevistadas inicialmente, pensando que la entrevista sería una evaluación y podría ocasionarles problemas de tipo laboral, se tomó como estrategia solicitarle a la Jefatura vía oficio, un permiso para entrevistar al personal. (ver anexo 4).

Otro de los problemas detectados fue que al inicio de las encuestas se comentó a las trabajadoras sociales sobre la actividad a realizar, solicitándoles se le informara a la población, de primera vez, que acudieran a responder un cuestionario, de tal manera que ellas no tuvieran intervención directa en las encuestas para evitar manipulación de la información, sin embargo en un 90% la respuesta de Trabajo Social, fue negativa, no se comentaba nada a las personas sobre las encuestas, razón por la cual se abordaba a todas las personas que acudían al servicio para saber si eran candidatas a ser encuestadas.

Durante el proceso de entrevista, algunas personas que acudieron con anterioridad al Departamento de Trabajo Social, comentaban que la actitud de la trabajadora social cambiaba al detectar que se realizaban encuestas; para evitar manipulación en la información, una de las estrategias a seguir fue encuestar a las personas, sin informarles a las trabajadoras sociales el horario ni el momento exacto de las encuestas, procedimiento que alargó la recopilación de la información.

PROPUESTAS.

Después de la investigación, y el análisis de los resultados obtenidos, es posible determinar que el usuario en general, se encuentra satisfecho con la atención del servicio recibido y son superadas las expectativas con las que llega a solicitar atención.

Sin embargo como profesionistas en el área de la salud es importante estar concientes de aquellos elementos que no proporcionan calidad y requieren de mayor atención, e intervención que permita al paciente y/o familiar, acercarse a los servicios de salud con la confianza de ser atendido con la mayor calidad, respeto y trato humano, al respecto se proponen los siguientes elementos para mejorar el servicio en el Departamento de Trabajo Social.

- Implementar cursos de capacitación en:

a) **Metodología de Trabajo Social** principalmente en entrevista para mejorar los sesgos de la presentación e información de los objetivos, teniendo en cuenta que el trato humano es sumamente importante, sin descuidar los aspectos profesionales.

b) **Técnicas de evaluación y calidad**, que permitan sensibilizar al personal sobre la importancia de analizar las acciones y procedimientos a realizar, de tal manera que se promueva el continuo desarrollo del departamento.

c) **Paquetes de cómputo**, para sistematizar la información y agilizar el servicio.

d) **Capacitación técnica y educación continua**, para generar actividades de investigación, y trabajo con grupos.

- Analizar la atención técnica y personalizada, en lo que a información se refiere, se propone elaborar material didáctico con carteles, dípticos y trípticos con los horarios de atención y requisitos de pase de visita y reglamentos por servicio, de tal manera que el usuario pueda verlos cada que le sea necesaria la información.
- Es muy importante que se continúen trabajos en torno al tema de la calidad, de manera permanente y periódica, con la intención de buscar validez y vigencia, tanto del prestador del servicio como del mismo usuario, y conocer con ellos los cambios que sufre el departamento, que de alguna manera mejoran o empeoran el servicio.
- Promover pláticas con el usuario sobre la calidad de la atención, de tal forma que exista la sensibilización para promover una cultura de la calidad, y los derechos que tiene al solicitar servicios y, sobre todo, una cultura de la denuncia, que es la única forma de detectar los errores desde la visión del usuario.
- Formar círculos de calidad, en coordinación los dos distintos Institutos Nacionales de Salud, que permitan difundir las acciones y disminuir el temor a la evaluación.

- Promover un buzón de quejas y sugerencias específico de Trabajo Social, con un pequeño cuestionario de cinco preguntas, que contenga reactivos básicos fáciles de sistematizar y responder como:

<p>1.-Servicio al que asistió _____ Turno _____</p> <p>2.- Está de acuerdo con el servicio. a) Si b)No</p> <p>3.- Por qué _____</p> <p>4.- La calidad de la atención recibida fue: a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala</p> <p>5.- Tiene algún comentario o sugerencia para mejorar el servicio.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

- Elaboración de un manual de operaciones de calidad, que contengan estándares con los siguientes elementos:

- 1.- Procedimientos de atención (ruta crítica del usuario, presentación y objetivo de la entrevista)
- 2.- Tiempos de espera (para ser atendido, y duración de la entrevista)
- 3.- Informes correspondientes al Departamento (reglamento, pase de visita, procedimientos)
- 4.- Trato personalizado (arreglo del personal, uso del uniforme, técnicas de entrevista)

- Promover foros sobre la importancia de proporcionar atención con calidad, en las distintas instituciones de salud, y la publicación de resultados en las instituciones donde existe Trabajo Social.

- Integrar dentro del Instituto un área de investigación enfocada ala calidad, de tal manera que pueda ser evaluada la institución, el prestador del servicio, y el usuario.

•Por último el incremento de Lic. en Trabajo Social (grupos de prácticas, y prestadores d servicio social) que desarrollen actividades relacionadas con:

La investigación de los problemas sociales que viven los pacientes, y el impacto en la dinámica familiar.

Educación social vía talleres y pláticas en lo que a calidad y relaciones humanas se refiere, para el personal que labora en el instituto y los paciente y/o familiares.

Gestión y formación de redes de apoyo a otras instituciones de salud, y delegaciones, en beneficio del paciente.

Supervisión y evaluación constante de la calidad de la atención proporcionada, en los aspectos técnicos y las relaciones interpersonales de manera que puedan ser periódicos y publicados.

CONCLUSIONES

Los servicios de salud en México, deben proporcionar atención de calidad a las personas que lo solicitan, enmarcada en un trato digno y respetuoso, que garanticen el mayor apoyo humano y atención técnica, además de sensibilidad a los problemas que enfrentan las familias ante un problema de salud.

Hablar de calidad de la atención implica conjuntar una serie de elementos inseparables, relacionados con la estructura, el proceso que se lleva a cabo durante la atención, los resultados en las mejoras de salud, y el impacto en la satisfacción de las expectativas del usuario.

Los estudios realizados en torno al tema, son encaminados generalmente al personal médico, dejando en segundo término a cada una de las personas y los departamentos que intervienen en la atención del usuario.

El mismo trabajador social, se ha preocupado por evaluar la calidad de la atención de los servicios, desarrollando y participando en proyectos de investigación, sin detenerse a analizar el propio desempeño profesional.

Debido a esta necesidad, en los meses de marzo a diciembre de 2003, se realizó la evaluación de la calidad de la atención, en el departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", desde la percepción del público usuario.

La evaluación, fue enfocada a la percepción y grado de satisfacción del usuario, por medio de un estudio transversal y exploratorio, con la finalidad de conocer las características del proceso y resultado en las relaciones profesional - usuario, así como las expectativas y satisfacción del paciente y/o familiar que acude al Instituto, de acuerdo al modelo de atención a la salud desarrollado por Avedis Donabedián.

Los usuarios que acudieron a solicitar atención de primera vez al Departamento de Trabajo Social, se encuentran en edad productiva, originarios del D.F. y los diferentes Estados de la República; son principalmente mujeres, dedicadas al hogar, con estudios de nivel básico hasta licenciatura, en el caso de los hombres, el nivel de estudios es de básico hasta postgrado, las principales actividades económicas, se distribuyen entre empleados, comerciantes, campesinos, obreros, hasta desempleados, el nivel socioeconómico es medio bajo.

La percepción y evaluación acerca de la calidad de la atención que proporcionan las trabajadoras sociales en los elementos de la estructura el proceso y resultado es, en general buena.

Las expectativas con las que llega el usuario se caracterizan por requerir amabilidad, rapidez, un trato amable, disposición para escuchar y, en el mayor número de los casos, no existe una definición exacta de lo que esperan del servicio, sólo basta con ser tratado "Bien", esto refleja que es necesario, abordar el tema de la calidad en las personas que acuden a los servicios

médicos, de tal manera que entiendan sus derechos y obligaciones al momento de solicitar atención médica.

Las funciones y actividades que relaciona al trabajador social con el usuario, fueron cumplidas satisfactoriamente, expresadas en el grado de satisfacción del usuario, al proporcionar respuestas positivas en todas las preguntas con un nivel promedio "Bueno".

Las deficiencias fueron percibidas en un menor porcentaje y consistieron en:

En las funciones y actividades que se desarrollan en el servicio se notaron errores principalmente en información de reglamentos, pases de visitas, trámites a realizar, capacitación en los elementos fundamentales de la entrevista, como lo es la presentación y el objetivo de la misma.

Deficiencias en la atención personalizada, como la actitud y disposición de la trabajadora social para escuchar los problemas, errores en claridad de la información y lenguaje utilizado y algunos excesos en cuanto al tiempo de atención.

Carencia de señalización de las instalaciones, falta de ventilación y privacidad, cabe mencionar que durante el periodo de investigación fueron colocados letreros en cada una de las oficinas, y cubiertos los cristales de las oficinas de Consulta Externa.

De los elementos observados se notó poca disposición del personal para ser evaluado.

Con los resultados anteriores es posible concluir que la calidad de la atención proporcionada por el Departamento de Trabajo Social, está relacionada con un conjunto de elementos estructurales, como lo es la infraestructura y organización, así como el buen desempeño de funciones y actividades del prestador del servicio, enmarcado con un trato humano y respetuoso de las necesidades de los individuos que solicitan la atención, observados en la percepción favorable del servicio y la satisfacción de expectativas.

Por lo tanto, se comprueba la hipótesis planteada que establece que la calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez," está determinada por el desempeño de funciones y actividades de las trabajadoras sociales, reflejada en la percepción y satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios. En donde los recursos utilizados para lograr la calidad deben estar basados en actividades profesionales y éticas.

Se cumplieron los objetivos generales de la investigación, planteados en el desarrollo de los capítulos tres y cinco.

Es necesario estar conciente que la calidad de la atención no depende solamente de recursos materiales o de tecnología, intervienen muchos elementos que contribuyen; sin embargo, el factor humano, es la punta de lanza en lo que a atención se refiere, recordando que la educación, motivación, la ética y moral de los trabajadores de la salud hacia los pacientes, responden al compromiso intelectual, social y moral que tienen con su profesión.

Definitivamente evaluar periódicamente a cada uno de los prestadores de servicios, requiere de un proceso detallado de actividades y observación directa, sin embargo, muchas de las veces la atención que proporciona un profesional cuando se sabe observado, puede no ser la misma, que cuando se siente en entera confianza; los malos tratos, la falta de información, la ausencia de los prestadores de servicio en horarios de trabajo y las deficiencias generales, sólo las puede percibir y describir la persona atendida.

La calidad implica, indisolublemente, el buen desempeño de funciones y actividades, junto con el trato humano que se da al paciente y/o familiar, en el entendido de que si no existe alguna de las dos partes no puede existir calidad.

La evaluación aquí presentada, es un acercamiento a los elementos de calidad específicos de Trabajo Social, pretende contribuir a la realización de futuras investigaciones relacionadas a la evaluación de los servicios, esperando que puedan surgir nuevas inquietudes que permitan conocer analizar y evaluar, cualquier actividad a desarrollar por las (los) trabajadores sociales de los institutos y áreas de la salud.

Por último, Trabajo Social es una profesión que se preocupa por los actores sociales y destina sus conocimientos teóricos- metodológicos a favor del ser humano, pero de nada sirve, si no existe respeto, compromiso, empatía, trato humano y la búsqueda constante de mejorar; en resumen la búsqueda de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbanquano Nicola**, Diccionario de filosofía, Ed. FCE, México, 1996, 1206 Op.
- Ander Egg, Ezequiel**, Diccionario de Trabajo Social, Ed. Lumen, Buenos Aires, 1998, 351 p.
- Ander Egg, Ezequiel**, Introducción al Trabajo Social, Ed. Ateneo, México, 1993, 158 p.
- Aguirre Gas, H.G. y Col**, Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas, Salud Pública de México, 1990, 120 p.
- A. González, Dagnino**, Calidad total en atención primaria de salud. Ed., Díaz de Santos S.A., España, 1994, 138 p.
- Barquín, C.** Hospital de La Raza, 35 años, cuestión social IMSS, Ed. IMSS, México, 1980, Vol. 15, 48 p.
- Briones, Guillermo**, Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales, Ed. Trillas, México, 1995, 291p.
- Cohen Ernesto, Franco Rolando**. Evaluación de Proyectos Sociales, Edit. Siglo XXI, México, 1997, 318 p.
- CONAMED**, Carta de los derechos generales de los pacientes, Ed CONAMED, México, Diciembre 2001, 15 p.
- CONAMED**, Preguntas y respuestas, 2ª Edición, Ed. CONAMED, México, 1999, 31 p.
- CONACYT**, Investigación en Servicios de Salud, memoria del seminario, julio, Ed. CONACYT, México, 1978, 62 p.
- Castañeda, Luis**, La calidad la hacemos todos, Ed. Poder, México, 1992, 64 p.
- Colunga Dávila, Carlos**, La calidad en el servicio, Ed. Panorama, México, 1995, 122 p.
- Diccionario Enciclopédico Larousse**, Ed. Planeta, tomo 12 1990, p. 2435
- Diccionario Práctico LAROUSSE**, Sinónimos y Antónimos, ED. Larousse, México, 1983, 506 p.
- Donabedian, Avédís**, La calidad de la atención médica, Ed., Científicas, México, 1984, 290 p.
- Donabedian, Avédís**, La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación, Evaluando la calidad del ciudadano médico, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1984, 306 p.

Donabedian, Avédís, Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica, Ed. Serie de perspectivas en salud pública, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1989, 225 p.

Donabedian, Avédís, Evaluating the quality of medical Care, Milbonk, Memoria fund quarterly, vol. 44, 1996, 116 p.

Gil Pascual, Juan Antonio, Estadística en informática (SPSS) en la investigación descriptiva e inferencial, Ed. Universidad Nacional de Educación a Distancia, España, 2000, 294 p.

Gómez Jara Francisco, Ávila J. Rosalía, Salud comunitaria teoría y técnica, Ed. Nueva Sociología, México, 1983, 120 p.

Infante Castañeda, Claudia, Problemas de calidad de la atención médica que reflejan las quejas de los usuarios de CONAMED, Ed. CONAMED, México 1999, 46 p.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, "Manuel Velasco Suárez, publicación especial", 30 años, Ed. Dirección de Enseñanza, México 2003, 79 p.

Instituto Nacional de Salud Pública. Programa de la maestría en investigación y programa en investigación de hospitales impartidos en el INSP, México, 1990, 72 p.

Ishikawa Kaoru. ¿Por qué de la calidad?, Manual Moderno, 3ª Ed., México, 1989, 113 p.

Ishikawa, Kaoru. ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad Japonesa, Ed. Norma, Colombia, 1998, 208 p.

Ker L, White, Investigaciones sobre servicios de salud, una antología, Ed. Organización Panamericana de la Salud, OMS, E.U.A., 1992. 316 p.

Kisnerman, Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Ed., Hvmnitas, Buenos Aires, Argentina, 1990, 246 p.

Ley General de los Institutos Nacionales de Salud, Ed. Porrúa, México, 2002, 157p

Ley General de Salud México, 17ª, Ed. Porrúa, México, 2002 1935p.

Lock Dennis, Smith DJ, Calidad Total, Estrategias y Técnicas. Ed. Legis, Bogotá, 1992., 85p.

Malagón Londoño, Gustavo, Galán Morera Ricardo. Garantía de la calidad en salud, Ed. Médica Internacional, Bogotá, 1999, 594 p.

Manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social, Ed. Secretaría de Salud, México, 2001, 96 p.

Nogueira Pasos, Roberto, Perspectivas de la gestión de calidad en los servicios de salud, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana Regional, 1997, 157 p.

OPS/OMS. Orientaciones Estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994, Ed. OPS, p.121

Pérez López, César, Técnicas estadísticas con SPSS, Ed. Prentice hall, España, 2003, 571p.

Pick de Weiss, Susan, López, Ana Luisa, Cómo investigar en Ciencias Sociales, Ed. Trillas, México, 1984, 162 p.

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, Ed. Presidencia de la República, México, 2001, 157p

Programa Nacional de Salud, 2001-2006, Ed. Secretaría de Salud, México, 2001, 232p.

Rojas Soriano, Raúl, Guía para realizar investigaciones sociales, Ed. Plaza y Valdez, México, 2002, 271 p.

Saavedra M. Alfredo. Vocabulario de Trabajo Social. Ed. Estela, Colección Literaria Médica, 1998, 126 p.

Secretaría de Salud. Manual de organización Específico, Ed., Secretaría de Salud, Mayo 2001. 72p.

Sector Salud. Grupo básico Interinstitucional de evaluación para la salud, Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud, , Ed. Secretaría de Salud, México, 1987, 99 p.

Sector Salud, Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación.: Manual de evaluación de la calidad de la atención médica, julio, Ed., Secretaría de Salud, México, 1992, 97 p.

Sector Salud, Norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica, Ed. SSA, México, 1990, 93 p.

Tello Peón Nelia E. Modelo de intervención de Trabajo en los Institutos Nacionales de Salud, Ed. ENTS-UNAM, mayo, 1999, 85 p.

Vázquez Gutiérrez Leticia. Evaluación de la calidad de la atención médica en unidades de 2º nivel de atención en el estado de Hidalgo, Tesis, UNAM-ENTS, México, 1996, 123 p.

HEMEROGRAFÍA

Aguirre Gas, Héctor, "Administración de la calidad de la atención", en: Revista Médica, IMSS, Vol. 4 , No 35. México, 1997, pp.257-264

Bronfman, Mario, "Del cuanto al "por qué" la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios" en: Revista de Salud Pública, Vol. 39 No 5, México, 1997, pp. 442-450

Donabedian A., "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad en Salud Pública", en: Revista Salud Pública México, Vol. 35, No.3 mayo- junio, 1995, pp. 238-247

Donabedian A. "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad" En: Rev. Salud Pública, México, Vol. 32 N. 113, 1990 p. 26

Frenk, Julio, "Lanzamiento de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud" Ed. Secretaría de Salud, Discurso, México, 2001, pp. 9-12

IMSS, "Modelo de atención a la salud", en: Revista Médica, IMSS, México, No 32, 1994, pp. 38-41

K. Donahue, Tina "La calidad de la atención en los Estados Unidos, nuevas tendencias" en: Revista de Salud Pública de México, mayo- Junio, Vol. 35, No. 3,1993, pp. 17-21

Lezana Fernández, Miguel A. Et al. "Evaluación de programa de mejoramiento de servicios de salud, México" en: Revista de Salud Pública de México, Noviembre-Diciembre, Vol. 35, No 6, 1991 pp. 541-549.

Miranda Ocampo, Raúl Et al. "Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México", en: Revista de Salud Pública, Noviembre-Diciembre, Vol 35, No 6, 1993 p. 22-28.

Moraes Novaes, Humberto. "Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latino América y el Caribe", en: Revista de Salud Pública, mayo-junio, Vol. 35 No. 3, 1993, pp.248-258

Ocampo Miranda, Raúl Et al., "Inequidad de los Servicios de Salud a población abierta en México", en: Revista de Salud Pública de México, Noviembre- Diciembre, Vol. 35 No. 6 , 1993, pp. 576-584

Ramírez Sánchez, Teresita, Et al. "Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México, Perspectiva de los usuarios" en Revista de salud Pública, México, Vol. 40, No 1, Enero-Febrero, 1998 pp. 3-12

Ruelas Barajas, Enrique. y Col. “Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología”, Ed. Salud Pública Mexicana, No 32, México, 1983, pp.207-220

Ruelas Barajas Enrique, Zurita Beatriz, “Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud”, en: Rev. de Salud Pública de México, Ed. Instituto Nacional de Salud Pública, mayo-junio, Vol. 35, No 3, México, 1993 pp. 209-215

Velázquez Pérez Leora, Sotelo Julio “Calidad de atención en el Instituto Nacional de Neurología Y Neurocirugía “MVS” punto de vista del usuario”, en: Rev. Archivos de Neurociencias, Vol. 6 No 1 enero-marzo, 2002, p. 15-19.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

- 1.- [http:// www.americas.health-sector-reform.org/spanish/00000976.thm](http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/00000976.thm)
- 2.- [http:// www.calidadensalud.com.mx](http://www.calidadensalud.com.mx)
- 3.- [http:// www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)
- 4.- [http:// www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
- 5.- [http:// www.inspmexico.gob.mx](http://www.inspmexico.gob.mx)
- 6.- [http:// www.imnn.edu.gob.mx](http://www.imnn.edu.gob.mx)
- 7.- <http://club2.telepolis.com/ohcop/percepti.html> Glosario de Carlos Von Der Becke .
- 8.- <http://www.icas.net/docs/avedis-d.doc>. “Avedis Donabedian y la calidad de atención en salud”

CURSOS

Calidad en el Servicio, del 7 al 24 de Octubre 2002, impartido por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “MVS”

Herramientas de calidad del 18 al 22 de agosto de 2003, impartido por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “MVS”

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

Volkers Gaussmann Georgina, Informes estadísticos de enero a junio 2003 del Departamento de Trabajo Social del INNN “MVS”.

Manual de organización elaborado por el Departamento de Planeación del INNN

Sotelo, Julio. Informe de Auto Evaluación del Director General, correspondiente a las actividades realizadas por el Instituto del 1 de enero al 31 de diciembre 2001, Ed. INNN., México, 2002, 15p.

ANEXOS

ANEXO 1

CÉDULA DE ENTREVISTA A TRABAJADORAS SOCIALES DEL INNN

NOMBRE _____

SERVICIO _____ HORARIO DE ATENCIÓN _____

- 1.- ¿ Cuales son las políticas del Departamento o del área de adscripción?
- 2.- Objetivos
- 3.- Recursos materiales con los que cuenta
- 4.- Recursos que considera hacen falta
- 4.- De las siguientes funciones y actividades ¿cuáles realiza? y si existen otras menciónelas

REALIZAR ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS (primer ingreso y reingreso)

- ✓ Reclasificaciones (ascendentes y descendentes)

PROPORCIONAR APOYO ASISTENCIAL

- ✓ Solicitud carta compromiso (hospitalización)

REALIZAR VISITA DOMICILIARIA

MANTENER GESTORIA Y COORDINACIÓN CON EL VOLUNTARIADO

PASAR VISITA MÉDICA EN CADA ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

ELABORAR INFORME MENSUAL DE DATOS POBLACIONALES

REALIZAR VOLANTES DE EGRESO POR

- A) Alta médica
- B) Defunción
- C) Alta voluntaria
- D) Traslado a otra institución

ELABORAR CONSTANCIAS DE HOSPITALIZACIÓN, MEDIANTE SOLICITUD POR ESCRITO

GENERAR REDES INSTITUCIONALES DE APOYO

- h) Solicitudes de estudio a otras instituciones, para atención médica, por medio de- hoja de interconsulta y elaboración de traslado
- i) Trámites administrativos a INCAN para continuidad de tratamientos

SEGUIMIENTO A PACIENTES

- ✓ Información del reglamento de hospitalización
- ✓ Citatorios y llamadas telefónicas a familiares de pacientes hospitalizados

ANEXO 2 PRUEBA PILOTO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIENCIA MVS



OBJETIVO: Conocer la percepción, expectativas y nivel de satisfacción del público usuario sobre la calidad de la atención proporcionada por el Departamento de Trabajo Social del INNN.

Toda la información proporcionada será confidencial.

I. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1 EDAD _____ 2 SEXO: (M) (F) 3 ESCOLARIDAD: _____

4 OCUPACIÓN _____ 5 LUGAR DE PROCEDENCIA _____

6 NIVEL SOCIOECONÓMICO ASIGNADO EN CARNET DEL INNN

A (1) B (2) C (3) D (4) E (5) F (6) G (Exento) H (ninguno)

7 SERVICIO AL QUE ASISTIÓ:

a) Consulta externa

b) Neurología

c) Neurocirugía

d) Psiquiatría

e) Urgencias

f) Radioneurocirugía

8 TURNO:

a) Matutino

b) Vespertino

c) Nocturno

d) Sábado/ domingo

II OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

9 ¿Encontró fácilmente las instalaciones de Trabajo Social dentro del Instituto?

1(Sí)

2(No)

3(No Sabe)

4(No Contestó)

¿Por qué? _____

17 ¿Encontró a la trabajadora social en su lugar de trabajo en el horario establecido?

1 (Si)

2 (No)

3(No Sabe)

III TRATO PERSONALIZADO

18 ¿Conoce el nombre de la trabajadora social que lo atendió?

1 (Si)

2 (No)

3 (No Sabe)

¿Por qué? _____

19 ¿Cómo considera los trámites realizados en Trabajo Social?

1 (Necesarios)

2 (Excesivos)

¿Por qué? _____

20 ¿Le orientó la trabajadora social sobre los procedimientos a realizar?

1(Sí)

2 (No)

3 (No Sabe)

21 La información y el lenguaje utilizado por la trabajadora Social fue:

1 (Claro)

2 (Confuso)

3 (No sabe)

22 ¿Aclaró sus dudas?

1(Si)

2 (No)

¿Por qué? _____

23 ¿Cómo calificaría la apariencia del personal de trabajo social en cuanto a?

Marque una opción para cada opción.

a) Limpieza 1(Excelente) 2(Buena) 3.(Regular) 5 (Pésima)

b) Uniforme 1() 2() 3() 5()

c) Aspecto 1() 2() 3() 5()

24 La actitud y disposición de la trabajadora social para atenderlo fue:

1(Excelente) 2(Buena) 3(Regular) 4(Mala) 5(Pésima)

25 ¿Cómo considera la capacitación de la trabajadora social, para realizar su trabajo?

1(Excelente) 2(Buena) 3(Regular) 4(Mala) 5(Pésima)

¿Por qué? _____

26 ¿Le realizaron estudio socioeconómico para asignarle nivel?

1 (Si) 2 (No) 3(No Sabe)

27 ¿Le fue informado el reglamento del servicio donde le atendieron?

1 (Si) 2 (No) 3(No Sabe)

28 ¿Lo ha visitado la trabajadora social en su domicilio?

1 (Si) 2 (No) 3(No Sabe)

Conteste sólo si su paciente ha sido hospitalizado, de no ser así pase a la pregunta 34

29 Los trámites de ingreso han sido:

1(Necesarios) 2 (Excesivos)

30 Los trámites de egreso han sido:

1(Necesarios) 2 (Excesivos) (Continua Hospitalizado)

31 Le proporcionaron información sobre el pase de visita

1 (Si) 2 (No) 3(No Sabe)

32 En caso de requerir traslado del paciente a otra institución de salud, la trabajadora social ¿le ha informado y/o apoyado con los trámites?

1 (Si) 2 (No) 3(No Sabe)

33 ¿Ha recibido llamadas telefónicas de Trabajo Social, para informarle o preguntarle sobre la situación del paciente?

1 (Si)

2 (No)

3(No Sabe)

IV EXPECTATIVAS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN

34 Al llegar al Instituto ¿cómo esperaba ser tratado por la trabajadora social?

35 El trato con relación a lo esperado ha sido:

1(Igual)

2(Mayor)

3(Mucho mayor)

4(Mucho peor)

36 La capacidad de la trabajadora social para comprender sus necesidades ha sido:

1(Igual)

2(Mayor)

3(Mucho mayor)

4(Mucho peor)

37 La disposición del personal de trabajo social para ayudarlo fue:

1(Igual)

2(Mayor)

3(Mucho mayor)

4 (Mucho peor)

38 ¿Considera satisfactorio el servicio que recibió de la trabajadora social?

1 (Si)

2 (No)

3(No Sabe)

¿Por qué?

39 ¿Se siente satisfecho con el trato recibido?

1 (Si)

2 (No)

3(No Sabe)

40 ¿Recomendaría el servicio?

1 (Si)

2 (No)

3(No Sabe)

41 ¿Regresaría con la misma trabajadora social?

1 (Si)

2 (No)

3(No Sabe)

42 ¿Cómo evaluaría la calidad de la atención proporcionada por trabajo social?

1 (Excelente) 2 (Buena) 3 (Regular) 4 (Mala) 5 (Pésima)

43 ¿Se siente satisfecho con el servicio proporcionado en trabajo social?

1 (Si) 2 (No) 3 (No Sabe)

¿Por qué? _____

44 ¿Conoce algún lugar en este Instituto para presentar sus quejas o sugerencias?

1 (Si) 2 (No) 3 (No Sabe)

45 Tiene algún comentario para mejorar la calidad del servicio del Departamento de Trabajo Social

Sus respuestas serán de mucha utilidad para mejorar el servicio. Gracias

ANEXO 3 INSTRUMENTO FINAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA MVS

OBJETIVO: Conocer la percepción, expectativas y nivel de satisfacción del público usuario sobre la calidad de la atención proporcionada por el Departamento de Trabajo Social del INNN.

Toda la información proporcionada será confidencial.

Instrucciones: marque con una x la opción que considere adecuada desde su experiencia.

I. DATOS PERSONALES

1 EDAD _____ 2 SEXO: (M) (F) 3 ESCOLARIDAD: _____

4 OCUPACIÓN _____ 5 LUGAR DE PROCEDENCIA _____

6 CLAVE ASIGNADA (NÚMERO) EN EL CARNET DEL INNN _____

7 SERVICIO AL QUE ASISTIÓ CON TRABAJO SOCIAL:

a) Consulta externa b) Neurología c) Neurocirugía d) Psiquiatría e) Urgencias

8 TURNO:

a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Sábado/Domingo

II OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

9 ¿Encontró fácilmente las instalaciones de Trabajo Social dentro del Instituto?

1(Sí)

2(No)

9.1 Si su respuesta es "no" explique ¿Por qué? _____

10 ¿Considera adecuado el lugar donde se encuentran ubicadas las oficinas de Trabajo Social?

1(Sí)

2(No)

DE VUELTA A LA HOJA 2 NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR

11 ¿Cómo califica las instalaciones de Trabajo Social? Marque con una x una opción para cada letra.

	1 Excelente	2 Buena	3 Regular	4 Mala	5 Pésima
a) Salas de espera					
b) Oficinas					
c) Iluminación					
d) Ventilación					
e) Privacidad					
f) Limpieza					

12 ¿Conoce el horario de atención del departamento de Trabajo Social?

1(Sí) 2(No)

12.1 Si su respuesta es "no" explique ¿Por qué? _____

14 ¿Le parece adecuado?

1(Sí) 2(No)

15 ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido por la trabajadora social?

0 a 20 min. 21 a 40 min. 41 a 60 min. Más de una hora, especifique _____

15 ¿Cuánto tiempo considera adecuado esperar para ser atendido?

0 a 20 min. 21 a 40 min. 41 a 60 min. Más de una hora, especifique _____

16 Considera que el personal de Trabajo Social es el suficiente para proporcionar atención de calidad?

1(Sí) 2(No)

16.1 ¿Por qué?

- 1 La atención es lenta 2 Existe saturación en los servicios 3 No tiene tiempo suficiente para escuchar

17 ¿Encontró a la trabajadora social en su lugar de trabajo en el horario establecido?

1 (Sí) 2 (No)

III TRATO PERSONALIZADO

18 ¿Conoce el nombre de la trabajadora social que lo/la atendió?

1 (Sí) 2 (No)

18.1 Si su respuesta es negativa explique ¿Por qué? _____

PASE A LA SIGUIENTE HOJA NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR

19 ¿Cómo considera los trámites realizados en Trabajo Social?

1(Necesarios)

2 (Excesivos)

20 ¿Le orientó la trabajadora social sobre los procedimientos a realizar?

1(Si)

2 (No)

21 La información y el lenguaje utilizado por la trabajadora social fue:

1 (Claro)

2 (Confuso)

22 ¿Aclaró sus dudas?

1(Si)

2 (No)

23 De las opciones a la derecha, ¿Cómo calificaría la apariencia del personal de Trabajo Social en cuanto a? Asigne un número a cada opción.

a) Limpieza ()

1 Excelente

b) Uniforme ()

2 Buena

c) Aspecto ()

3 Regular

4 Pésima

24 La actitud y disposición de la trabajadora social para atenderlo fue:

1(Excelente)

2(Buena)

3(Regular)

4(Mala)

5(Pésima)

25 ¿Cómo considera la capacitación de la trabajadora social, para realizar su trabajo?

1(Excelente)

2(Buena)

3(Regular)

4(Mala)

5(Pésima)

26 ¿Le realizaron estudio socioeconómico para asignarle nivel?

1 (Si)

2 (No)

3(No sabe)

27 ¿Le fue informado el reglamento del servicio donde fue atendido?

1 (Si)

2 (No)

28 ¿Le ha negado la trabajadora social el servicio en su horario de trabajo?

1 (Si)

2 (No)

PASE A LA HOJA 4 NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR

Conteste sólo si su paciente ha sido hospitalizado, de no ser así pase a la pregunta 34

29 Los trámites de ingreso han sido:

1 (Necesarios) 2 (Excesivos)

30 Los trámites de egreso han sido:

1(Necesarios) 2 (Excesivos) (Continua Hospitalizado)

31 Le proporcionaron información sobre el pase de visita

1 (Si) 2 (No)

32 En caso de requerir traslado del paciente a otra institución de salud, la trabajadora social ¿le ha informado y/o apoyado con los trámites?

1 (Si) 2 (No) 3(No Sabe)

33 ¿Ha recibido llamadas telefónicas de Trabajo Social, para informarle o preguntarle sobre la situación del paciente?

1 (Si) 2 (No) 3(No Sabe)

IV EXPECTATIVAS Y NIVEL DE SATISFACCIÓN

34 Al llegar al Instituto cómo esperaba ser tratado por la trabajadora social?

35 El trato con relación a lo esperado ha sido:

1(Mayor) 2(Mucho Mayor) 3(Igual) 4(Peor) 5(Mucho Peor)

36 La capacidad de la trabajadora social para comprender sus necesidades ha sido:

1(Excelente) 2(Buena) 3(Regular) 4(Mala) 5 (Pésima)

37 La disposición del personal de trabajo social para ayudarlo fue:

1(Excelente) 2(Buena) 3(Regular) 4(Mala) 5 (Pésima)

38 ¿Considera satisfactorio el servicio que recibió de la trabajadora social

1 (Si) 2 (No)

¿Por qué? _____

PASE A LA HOJA 5 NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR

39 ¿Recomendaría el servicio?

1 (Sí)

2 (No)

40 ¿Regresaría con la misma trabajadora social?

1 (Sí)

2 (No)

41 ¿Cómo evaluaría la calidad de la atención proporcionada por trabajo social?

1 (Excelente)

2 (Buena)

3 (Regular)

4 (Mala)

5 (Pésima)

42 ¿Desde su percepción la calidad de la atención depende? *Coloque un número por orden de importancia*

() De las instalaciones

() Del buen desempeño de funciones y actividades de la trabajadora social

() Del trato humano y la atención personalizada

43 ¿Conoce algún lugar en este Instituto para presentar sus quejas o sugerencias?

1 (Sí)

2 (No)

3 (No Sabe)

44 Tiene algún comentario para mejorar la calidad del servicio del Departamento de Trabajo Social

Sus respuestas serán de mucha utilidad para mejorar el servicio. Gracias

ANEXO 4 OFICIO A TRABAJO SOCIAL

México D.F., a 12 de Junio de 2003

**LIC. T.S. GEORGINA VOLKERS GAUSSMANN
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
DEL I.N.N.N. "MVS"**

Por medio de la presente, solicito autorización para realizar una entrevista al personal del Departamento a su cargo, con la finalidad de conocer la estructura organizativa con la que cuentan, que es parte fundamental del protocolo de investigación "Evaluación de la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social del IMMM "MVS", aprobado por el Instituto el día 26 de febrero del presente año.

Sin más por el momento agradezco la atención brindada a la presente, y aprovecho para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

**P. Lic. T.S. Claudia García Pastrana
Responsable de la Investigación.**