

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°140 "LA TEJA"
DELEGACIÓN 3 SUROESTE
DEL DISTRITO FEDERAL**

**"CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"**

T E S I S

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

P R E S E N T A:



DRA. LETICIA NAVARRO BALLESTEROS.

No DE REGISTRO: 2004-3605-0014

MÉXICO, D.F.

2005.

m. 346094



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.

**“CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL”**

T E S I S

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

PRESENTA:

DRA. LETICIA NAVARRO BALLESTEROS.

A U T O R I Z A C I O N E S :



DRA. MA. TERESA AVALOS CARRANZA.

PROFESOR TITUTLAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES CON SEDE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 140 "LA TEJA"
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



DR. SALVADOR GUEVARA MANCILLA.

ASESOR DE TEMA DE TESIS

SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°8
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

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

NOMBRE: NAVARRO BALLESTEROS

LETICIA

FECHA: 26 mayo 2003

FIRMA: [Handwritten Signature]



DRA. ROSA MARIA VAZQUEZ ENRÍQUEZ.

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N°8 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL..



DR. EDUARDO MORALES ANDRADE

ASESOR DE METODOLÓGIA

SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA DE LA JURISDICCION
SANITARIA "ALVARO OBREGON"



DR. GERMAN GUERRERO MILLAN.

COORDINADO CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 140 "LA TEJA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL”**

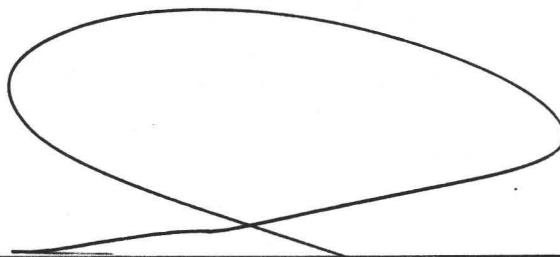
T E S I S

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

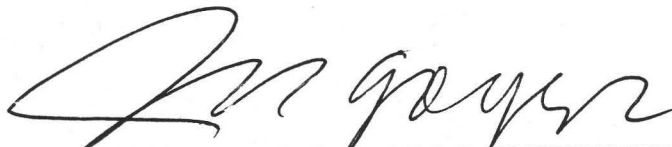
PRESENTA:

DRA. LETICIA NAVARRO BALLESTEROS.

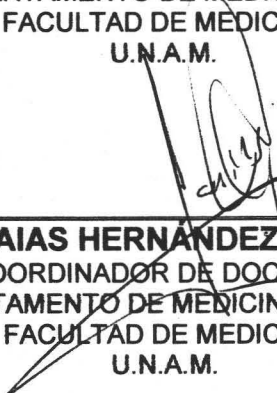
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIA:

A todos aquellos que caminan con la verdad.

A todos aquellos que persiguen la calidad.

A todos aquellos que les interesa actuar con el paciente con la verdad y con la calidad.

A todos aquellos que tienen como convicción dignificar a la medicina.

A los que si creen que ser médico es bello.

A los que si creen que hay equipos de trabajo y que funcionan.

A todos aquellos que a diario se levantan pensando como ser mejores trabajadores de la salud.

A todos aquellos que luchan por una calidad en su vida.

A todos aquellos camaradas que deseo encontrar, a las personas con calidad.

A Salvador por ser un hombre con calidad.

A Carla por ser un capitulo especial, comprometida con la calidad.

A Tania por que cada paso es en firme.

A Ma.Teresa Ávalos por el don que tiene de ser como es, pensar como piensa y actuar con el arte con que lo hace dignificando a la Medicina Familiar. Hay dos etapas de la medicina familiar en el IMSS: una antes de la gran Dra. Especialista en Medicina Familiar Ma. Teresa Ávalos y otra después de ella.....a mí me tocó la metamorfosis.

A todos mis pacientes por hacer que me enamore cada vez más de mi profesión y ser el impulso por alcanzar una calidad de excelencia.....para todos ellos este trabajo de calidad.

A la memoria del DR. JAVIER NAVARRO BALLESTEROS.

Acaecido en diciembre del 2004, gran impulsor de la calidad en mi familia, hombre integro, que poseyó una gran inteligencia, genio en lo intelectual, gran analista y crítico duro de defender sus convicciones siempre con la verdad de bandera. Siempre dedicado a relacionarnos con la cultura de la excelencia y la calidad, sembrando en cada uno de nosotros el amor a la verdad y a la honestidad, nunca camino en dirección que no fuera la correcta, no solo para la medicina que era su pasión, sino también en todos los aspectos de su vida, hermano tu me enseñaste que vivir 50 años valen la pena siempre que hagas con excelencia y con calidad todo, con honestidad , aunque el camino sea mas largo y tortuoso, sirve mas esto, que vivir 100 años sin dignidad. Gracias por ser el promotor de la excelencia en nosotros, los que te seguimos, tus hermanos.

TITULO:

***“CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN
UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL”***

ÍNDICE.

CONTENIDO	PÁGINA
RESÚMEN	1
MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVO	12
METODOLOGÍA	12
TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	14
VARIABLES	16
METODOLOGÍA DE LA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS	25
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	35

RESÚMEN.

Introducción: El giro reciente hacia un mayor conocimiento y preocupación por el tema de la calidad en la atención médica y la satisfacción del paciente se debe a que las organizaciones de salud tanto privadas como públicas, lo han enfocado por sus implicaciones, dado que repercute en costo-beneficio. El paciente frecuentemente presenta inconformidades en el servicio solicitando cambio de médico en el sector público o cambiando de aseguradora o de médico en forma privada.

La satisfacción del paciente esta influenciada por varios factores como en el trato del médico, el tiempo de espera en el consultorio, oportunidad para consultar al médico, la actitud incluye la ayuda del médico para resolver el problema y su comprensión y atención, los aspectos emocionales y de bienestar físico del enfermo. En un estudio centrado en la atención médica externa, los componentes claves fueron humanismo, eficiencia, información y continuidad en la información con el mismo médico. En el IMSS se han establecido diferentes estrategias para mejorar esta calidad, y unido a las demás instituciones de salud con la CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS su objetivo principal es elevar el nivel de calidad tanto de los servicios públicos como privados, pero sobretodo que este proceso de elevar la calidad sea percibido por la población usuaria.

Objetivo. Determinar el nivel de calidad en la UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°8 DEL IMSS de la delegación 3 SO del D.F.

Material y métodos. Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal. El tamaño de la muestra se realizo con 380 pacientes, se realizó un muestreo probabilístico, sistemático. 32 médicos familiares y 380 expedientes revisados, de la UMF N°8 del IMSS de la delegación 3 SO del DF que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Se realizaron encuestas de satisfacción de usuario interno y externo, y se revisaron de cada paciente el expediente clínico para medir la calidad de la atención médica integral otorgada a cada paciente encuestado, se midió la oportunidad a través de los tiempos de espera en la sala y el diferimiento de la cita.

Resultados. De los 380 pacientes encuestados se encontró en cuanto a la oportunidad, que no hay diferimiento en el otorgamiento de la atención ya que se otorga el día en que se solicita en el 100%. En cuanto a la satisfacción del usuario externo (paciente) el 41% (156) fue evaluada con una excelente satisfacción de la atención otorgada, de los cuales el 51% tuvieron un tiempo de espera excelente es decir tuvieron acceso al servicio en un máximo de 15 minutos. Lo que corresponde a la evaluación realizada a los médicos se obtuvo una satisfacción excelente en solo el 33%. **Conclusión:** observamos como los pacientes altamente satisfechos tienen una relación directamente proporcional con el grado de satisfacción del médico tratante así como con el grado de oportunidad para el otorgamiento de la atención médica y también con la calidad de la atención médica integral a través de la calificación del expediente clínico, ya que el grupo de pacientes que obtuvo un grado de excelencia en la satisfacción de la atención

médica (41%) registró el mayor porcentaje (51%) de pacientes con tiempos de espera de excelencia (de 0 a 30 minutos), el diferimiento de la consulta fue excelente (cero minutos) y el grado de satisfacción de su médico tratante en este grupo de pacientes en el rango de excelencia fue alto (44%) y la calificación de la atención integral a través del expediente clínico el 39% fue de excelencia. En la Unidad de Medicina Familiar estudiada encontramos la satisfacción del usuario externo en donde la proporción que predominó fue el de INSUFICIENTE (48%), una satisfacción del usuario interno en una proporción predominante de EXCELENTE (33%), una oportunidad que se calificó como de SUFICIENTE (39%), y una calidad de la atención médica integral predominando el de INSUFICIENTE (38%). Por lo anterior concluimos que la **calidad total de excelencia** esta muy lejos en esta unidad ya que solo algunos rubros la alcanzaron y no el 100% solo un alto porcentaje, por lo que se debe dar un reconocimiento para los que generaron estos **excelentes**, los puntos evaluados con el calificativo **suficiente** ameritan la recomendación de llevar a cabo las acciones necesarias para alcanzar la excelencia. En los rubros de insuficiente, **no realizado o inadecuado**, se deben de tomar en cuenta como problemas que están afectando en forma negativa la calidad en la prestación de los servicios.

MARCO TEÓRICO.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA se define como sigue : *“otorgar atención médica al usuario conforme a las normas, conocimientos de la medicina y tecnologías vigentes, con accesibilidad a los servicios, oportunidad y amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico con participación del usuario para lograr su recuperación y un ambiente confortable, que permitan mejorar el nivel de salud, la satisfacción del usuario y del trabajador y con ello la calidad de vida de ambos” (1).*

De acuerdo a esta definición podemos determinar la evaluación del proceso de la atención médica. Dicho proceso está constituido por las actividades secuenciales que relacionan al prestador de los servicios con el usuario y comprende los siguientes elementos (2):

- **Satisfacción del usuario externo.**
- **Satisfacción del usuario interno.**
- **Atención médica integral.**
- **Oportunidad de la atención médica.**

1. Satisfacción del usuario externo.

Se refiere a la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente o sus familiares con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida.

Se evalúa mediante encuestas, investigando: accesibilidad a los servicios, trato personalizado, oportunidad en la atención conforme a la esperada, trato amable confortable información suficiente y resultados congruentes con los esperados.

2. Satisfacción del usuario interno o prestador de servicios.

Se refiere al logro de sus expectativas y satisfacción de las necesidades personales a través de la realización de su trabajo. Se evalúa por medio de encuestas de opinión relacionadas con disponibilidad de recursos para la realización de las actividades, reconocimientos por los logros alcanzados capacitación para el puesto, identificación con los objetivos de la institución, seguridad en el puesto, participación en las decisiones inherentes al trabajo y posibilidades de progresar.

3. Atención médica integral.

Comprende el estudio clínico y paraclínico de las esferas biológica, psicológica y social, se evalúa a través del análisis del expediente clínico y de la observación directa de la atención del paciente.

Desde los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer la calidad con que se otorga la atención médica, el expediente clínico representó el instrumento fundamental. Numerosas publicaciones han aparecido con carácter normativo en las instituciones de seguridad social y en la Secretaría de Salud. Numerosos trabajos de investigación han demostrado su utilidad como instrumento de registro y base fundamental para evaluar la calidad de la atención médica (3) (4) (5).

El análisis del expediente clínico incluye :

Elaboración de los registros médicos y paramédicos conforme a la norma vigente.

Valoración inicial e integral del caso.

Ejecución de acciones y procedimientos médicos que se requieran.

Establecimiento oportuno del diagnóstico.

Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudio y tratamiento.

Información oportuna a los pacientes y familiares del diagnóstico provisional y del definitivo, de los programas de estudio, del tratamiento y del pronóstico.

Vigilancia de la evolución.

Prevención; detección oportuna y/o atención correcta de las complicaciones.

Prevención de secuelas y rehabilitación de las mismas.

4. Oportunidad.

Se entiende como el otorgamiento de los servicios en el momento en que se requieran y comprende la evaluación de: accesibilidad a los servicios, diferimiento para obtener cita, recibir la atención y el tiempo que tiene que esperar el usuario en las instalaciones médicas en relación a la hora de su cita.

El concepto de calidad distingue dos dimensiones íntimamente relacionadas a las que Donavedian denomina "técnica e impersonal". La primera se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente. La segunda alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente. Dentro de ésta segunda dimensión puede incluirse una tercera que se denominaría "comodidades", es decir, las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio; ello incluiría por ejemplo, las condiciones de ventilación de las habitaciones del hospital, o bien la comida que se ofrece al paciente, etcétera. Es importante señalar que por lo general los proveedores de servicios tienden a destacar la dimensión técnica en tanto que los usuarios lo hacen predominantemente con la dimensión interpersonal.

En el caso de los servicios de atención médica en México (6, 7, 8, 9) es interesante señalar que existe un aparente consenso diferenciado entre la población respecto a la calidad de los servicios tanto del sector público como del privado. En efecto, existe la percepción de que la "calidad" de los servicios privados es mayor, muy probablemente debido a la libertad de elección que tiene el paciente para decidir sobre su médico tratante y, en contraparte, por el incentivo económico que ésta elección representa para el propio médico. Sin embargo, se reconoce, por otra parte que el sector público y principalmente esas instituciones de seguridad social poseen una capacidad tecnológica superior. Esto refleja claramente una dicotomía en la percepción acerca de las dos dimensiones del concepto.

La primera y la más importante es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento (idoneidad profesional) y la tecnología (procedimientos y equipos) disponibles a favor del paciente. Es el concepto que de manera tradicional han conocido los profesionales de la salud, y depende de una manera fundamental, pero no exclusiva, de sus cualidades y capacitación. La segunda dimensión es la seguridad, la cual se mide según el riesgo implícito para el paciente, considerando los servicios ofrecidos, su condición en particular, la eficacia de la estrategia definida y la destreza con que ésta se aplique. En el momento de iniciar la atención de un paciente, los servicios que e añaden pueden traer un incremento mucho mayor en riesgos que en beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. En la dimensión de la seguridad enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. La tercera dimensión de la calidad es el servicio. Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y la características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto y permitir privacidad y comodidad de cada paciente en particular; lo anterior hace parte integral de la calidad de la atención ya que influye en forma decisiva en la aceptabilidad por parte del paciente y por ello la naturaleza y éxito de la atención y en los beneficios de la misma. La doctora Palmer añade a ésta dimensión las facilidad de acceso; si consideramos nuevamente la definición general de calidad, puede concluirse que todo servicio debe ser prestado en el lugar, momento y manera adecuados, lo cual recoge los conceptos de oportunidad y

continuidad de la atención.

La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello. Mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el uso innecesario o inadecuado de servicios genera aumentos sin acrecentar la calidad, desperdiciando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales, y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad. Así, si se suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian, que la satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño y se convierte en una necesidad fundamental para la calidad.

Debe agregarse que la calidad tiene grados variables y puede ser analizada desde diferentes puntos de vista. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben ser empleados, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Éste evaluará los beneficios de su atención por variables subjetivas, como el trato que recibió, el lugar en el cual fue atendido, la oportunidad y confianza que generó el prestador del servicio y el resultado obtenido (la revisión de los síntomas, el mejoramiento de su condición funcional) sin embargo pocos pacientes están en capacidad de juzgar los aspectos científicos y técnicos referentes a la atención brindada; por ello, la capacidad de educar al usuario para que participe de las decisiones referentes a su atención, es una característica sobresaliente de calidad. Como punto final, al considerar la atención de salud como un bien público, en el cual sus beneficios y riesgos sobrepasan al propio individuo, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención, como el agregado de beneficios que resultan para toda la población, dando preferencia a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, involucrando la equidad y el acceso, dentro del juicio sobre calidad.

Así pues, la calidad es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales reflejan un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambas.

La preocupación por una mejor calidad debe existir y ser evaluada por cada proveedor que preste individualmente un servicio, por un grupo de ellos que participe en la atención, por la institución que los agrupe, por las empresas que contraten los servicios, y de forma global, por las localidades, municipios, departamentos o países, considerando siempre que en la definición de estándares se incluyen valoraciones sociales que imponen límites a los beneficios individuales, lo cual cabe dentro de la responsabilidad del prestador sobre calidad. Finalmente, cualquier juicio sobre calidad debe contemplar las diferentes dimensiones ya señaladas, dando prioridad a aquello que tenga mayor incidencia en el resultado de la atención.

Donabedian acuñó también el concepto "epidemiología de la calidad" para referirse al hecho de que la calidad se distribuye de manera diferente entre cada uno de dos grupos de población: los proveedores de la atención y los usuarios de

los servicios. Determinó que la dimensión técnica de la calidad es mejor cuando los profesionales que proporcionan la atención están mejor entrenados, más especializados, tienen más experiencia en el ejercicio profesional sin ser demasiado viejos, cuando trabajan en hospitales de enseñanza o cuando proporcionan los servicios en asociación con otros colegas. En cuanto a la distribución de la calidad entre el grupo de población de los usuarios de los servicios, no encontró relación con edad, sexo, ocupación o grupo étnico de los pacientes pero sí con su situación económica. En este último caso la calidad de la atención más eficiente para los más pobres.

Por lo anterior señalamos que la calidad, en consonancia con otros atributos de la calidad médica se distribuye inequitativamente entre los diferentes grupos de población. Es interesante observar que si la cantidad de estos servicios es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. Por lo contrario, una excesiva cantidad del servicio puede conducir al incremento de los riesgos a los que se expone el paciente. Esta relación cantidad-calidad implica necesariamente también una relación entre costos y calidad. El propio Donabedian ha analizado esta relación. Cuando la atención es excesiva y dañina es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños es también más costosa pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo con el costo y ello significa desperdicio. Existe, pues, una relación beneficios-riesgos-costos en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más costosos. A esta relación en la que se incluyen los costos Donabedian la denominó modelo "unificado de la calidad" (8,9).

Existen algunas evidencias de la relación entre calidad y costos (además de la de Donabedian), que demuestran estos postulados. Se han encontrado datos semejantes en México en la atención de primer nivel, tanto en la Secretaría de Salud como en la seguridad social.(10).

Es necesario hacer hincapié en que cuando se habla de la calidad de los servicios de salud es imposible aislarla de consideraciones sobre equidad o la accesibilidad requisitos para que la calidad adquiera sentido concreto. En efecto Donabedian distingue tres posibles definiciones del concepto de calidad; una, a la que denomina "absolutista" por depender exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio, la otra es llamada "individualista", es decir, la definición que surgiría de cada caso clínico particular; la tercera definición "social" de la calidad, en la que el concepto se establece en el marco de los valores y las necesidades sociales. De acuerdo con esta tercera definición es que calidad, accesibilidad y equidad deben considerarse como elementos inter-dependientes, sobre todo en el contexto de las instituciones de seguridad social, cuya vocación de origen se inscribe precisamente dentro de ese marco de valores y necesidades socialmente aceptados y deseados (11, 12).

Se han planteado criterios muy variados en cuanto a definición de calidad (13), desde el logro de una meta, el mejoramiento en los niveles de salud, su promoción la prevención, las bases en principios médicos aceptados y la tecnología utilizada y la factibilidad de ser evaluada, hasta la participación del paciente en su atención,

los sistemas de información y la mortalidad (14), la creación de estándares para la evaluación y acreditación (15), la necesidad de definir criterios explícitos (16) para evaluar e inclusive la necesidad de crear una comisión de acreditación. Se hace referencia también en la literatura a la relación existente entre la calidad de la atención, los costos de la misma y los resultados de salud (17).

La preocupación creciente por obtener una calidad de excelencia en la prestación de los servicios médicos en instituciones privadas y públicas ha hecho que se realicen algunos programas para llegar a la excelencia; así surge el **programa para la mejoría continua de la calidad en la atención médica**, fue implantado entre 1997 y 2000 en 28 estados de la República por la Secretaría de Salud, y es uno de varios antecedentes con una propuesta que busca elevar la calidad de los servicios (65).

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se refiere a un cambio de paradigma en la atención médica que incluye entre otros :

Ofrecer cantidad con calidad

Comprometer calidad con eficiencia.

Los cuatro retos que originaron la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios fueron :

- a) Bajo nivel de la calidad tanto en servicios públicos como privados.
- b) Heterogeneidad en los valores de calidad para la prestación de servicios de salud entre regiones geográficas, entre las instituciones de salud tanto públicas como privadas y al interior de las propias instituciones.
- c) Percepción de pobre calidad de los servicios de salud otorgados, por parte de la población.
- d) Información poco confiable o desinformación sobre el desempeño de los servicios de salud.

El objetivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, es elevar la calidad de los servicios de salud llevándola a niveles aceptables en todo el país, y además, que tales niveles sean claramente percibidos por la población. Los indicadores iniciales de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud son tres a saber:

- a) Disminución del tiempo de espera en los servicios de consulta externa del primer nivel de atención y en urgencias
- b) Información completa a los pacientes que acuden a urgencias o a consulta externa, y
- c) Aumento del surtimiento de recetas en aquellas unidades médicas que cuenten con esta prestación.

Los cinco compromisos para el primer año de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud son:

- a) Establecer y difundir el código de ética y los derechos de los pacientes
- b) Establecer CALISALUD (línea telefónica para recibir sugerencias, comentarios y quejas)

- c) Disminuir los tiempos de espera en las consultas externas y en los servicios de urgencias y mejorar la comunicación de los médicos hacia sus pacientes, así como el surtimiento de recetas
- d) Establecer reconocimientos al buen desempeño, y
- e) Contar con un diagnóstico puntual de las condiciones de las instalaciones físicas de los servicios del sector público y una identificación de los establecimientos del sector privado (18).

Incorporándose a ésta tarea, el Instituto Mexicano del Seguro Social muchos han sido los intentos que se han hecho para lograrlo. En el presente estudio se evalúa la calidad de la atención médica en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social para poder encontrar los factores por los que no se ha logrado una atención de excelencia y así poder incidir en ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿QUÉ TIPO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA SE BRINDA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE LA DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL?

JUSTIFICACIÓN.

Nuestro país como muchos otros del mundo entero ha venido sufriendo en los últimos años una crisis económica la cual ha repercutido en el ámbito de la salud y la seguridad social. Causa de esto es la limitación de la disponibilidad de los recursos.

Aunado a esto se suman las repetidas manifestaciones de insatisfacción por parte de los usuarios; factores que han hecho indispensable la revisión y evaluación de la situación actual de las instituciones para desarrollar estrategias de trabajo que permitan alcanzar la meta fundamental de éstas : Otorgar servicios de excelente calidad.

Así el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha dado a la tarea de conseguir servicios de excelente calidad implementando diversos programas encaminados a la mejora continua.

El presente estudio esta enfocado al diagnóstico de esa Calidad Médica, en dónde nos encontramos?, con qué contamos? y como lo hacemos? es lo que se abordará, ya que sin ello no podremos partir de ningún punto para establecer acciones bien concretas encaminadas a conseguir la atención médica de excelente calidad en nuestra institución.

OBJETIVO.

“Determinar el nivel de la calidad médica que se otorga en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondiente a la delegación 3 suroeste del Distrito Federal.

METODOLOGÍA.

DISEÑO.

Fue un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

POBLACIÓN:

Hombres y mujeres de edades entre 18 y 60 años de edad derechohabientes a la UMF N°8 del IMSS, médicos familiares de la UMF N°8 del IMSS del 16 al 30 de octubre del 2004.

Criterios de inclusión:

De inclusión:

- Pacientes adscritos a la unidad en estudio en el momento.
- Que soliciten el servicio.
- Pacientes entre 18 y 60 años de edad que sepan leer y escribir de sexo indistinto.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Médicos adscritos a la unidad en estudio en el tiempo que se realizará.
- Médicos que acepten participar en el estudio.

De exclusión:

- Pacientes que no sepan leer ni escribir y no puedan responder el cuestionario.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 60.

- Pacientes que soliciten atención médica y que estén dados de baja y por lo tanto no se les pueda otorgar el servicio.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Médicos que no deseen participar en el estudio.

De eliminación:

- Pacientes que no respondieron al cuestionario completo.
- Médicos que no respondieron al cuestionario completo.

RECURSOS MATERIALES:

Recursos humanos.

- Investigador.
- 380 pacientes.
- 32 médicos familiares.

Recursos materiales.

- Encuestas de satisfacción.
- Lápices.
- Plumas.
- Hojas.
- Computadora.
- Áreas físicas de la Unidad de Medicina Familiar No 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Hojas de registro diario de pacientes de cada consultorio y de cada turno.
- Agenda de citas de cada consultorio y cada turno.
- Expedientes clínicos de 380 pacientes encuestados.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.

Con recursos propios del investigador.
Recursos del IMSS.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.

La unidad de medicina familiar No8 del Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con una población adscrita de 81,468 derechohabientes, 16 consultorios trabajando de lunes a viernes y en días hábiles en el turno matutino y vespertino. Cuenta con 32 médicos familiares asignados a cada uno de los consultorios.

El estudio se realizó en paciente de ambos sexos en edades entre 20 y 60 años ya que son los pacientes que pueden ya emitir un juicio propio y que saben leer y escribir, los cuales en esta unidad sumaron un total de 45,242.

Para determinar el tamaño de la muestra se determinó con la proporción, y la varianza (que es la medida de heterogeneidad a usar) dada por el producto de p por q , donde p es la probabilidad del evento en estudio en la población estudiada y q es su complemento o de $1-p$, sea la proporción de no encontrar el evento en estudio, en este caso se considerará el caso más extremo que los resultados arrojados en las encuestas y revisiones sean tan heterogéneos que se le de un valor a p de 0.5 y por lo tanto que q sea = a 0.5

La precisión de la muestra denotada por d es de 5%.

Finalmente con una confianza del 95 % (z de tabla de 1.96).

A partir de éstos valores se puede obtener un tamaño de la muestra inicial, denotado por n_0 , en donde:

$$n_0 = \frac{z^2 (pq)}{d^2}$$

En donde :

n_0 = tamaño de la muestra

z = nivel de confianza al 95%

p = probabilidad del evento

q = $1-p$

d = precisión del estudio (error)

$$n_0 = \frac{1.96 (.5 \times .5)}{.05^2}$$

$$n_o = \frac{3.8416 \times .2500}{.025}$$

$$n_o = 384$$

Se debe de estimar el factor de corrección que es:

$$n = \frac{n_o}{1 + n_o/N}$$

En donde N = población en estudio (45,242)

n_o = muestra inicial (384)

Factor de corrección: N = 380.

(referencia No 19)

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA DE PACIENTES.

La muestra de pacientes fue de 380.

La selección de cada paciente se realizó con un muestreo probabilístico sistemático: (muestro probabilístico para poblaciones finitas).

Como las encuestas se programaron para realizarse en 10 días y el promedio de consulta por cada consultorio fue de 22 pacientes, y fueron 32 consultorios, se realizó la siguiente expresión matemática : $22 \times 32 = 704 \times 10$ (días) = 7,040 y la muestra es de 380, se numeraron los pacientes de cada consultorio del 1 al 7,040 y se dividió entre el tamaño de la muestra, y se obtuvo un número de arranque = 18, con un número de arranque en el número 3.

El tamaño de población para los médicos fue de 32 que corresponde al total de la unidad en ambos turnos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Elementos que se medirán:

I. Atención médica integral.

Es una variable independiente cualitativa.

II. Oportunidad.

Es una variable dependiente cuantitativa ordinal, se mide con los tiempos de espera y el tiempo de diferimiento para otorgar la atención médica, es dependiente de la demanda de consulta.

III. Satisfacción del usuario externo.

Es una variable dependiente y cualitativa. Depende de las expectativas y del concepto de calidad de cada paciente encuestado.

IV. satisfacción del usuario interno, prestador de los servicios médicos (médico familiar).

Es una variable cualitativa y dependiente del logro de sus objetivos y expectativas laborales.

ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.

Criterios de evaluación de la satisfacción del usuario externo (paciente):

EXCELENTE La totalidad de las respuestas fueron afirmativas : atención oportuna realización correcta del proceso de la atención y satisfacción con el entorno en que ésta se desarrolló.

SUFICIENTE Las respuestas a las preguntas relacionadas con la oportunidad y la realización del proceso de la atención fueron afirmativas, pudiendo ser una o todas las restantes, negativas.

INSUFICIENTE Cuando una de las respuestas a las preguntas relacionadas con la oportunidad o de la realización del proceso de la atención fue negativa.

NO REALIZADO En caso de que tanto la respuesta a la pregunta relacionada con la oportunidad como la que se refiere al proceso de la atención fueron negativas por no haberse otorgado ésta.

INADECUADO Cuando como consecuencia de falta de oportunidad o un proceso de atención realizado en forma incorrecta se haya causado deterioro en los resultados de la atención en cuanto a salud o calidad de vida.

Criterios de evaluación de la satisfacción del usuario interno (médico familiar).

EXCELENTE Cuando se cumplen las expectativas del trabajador a través del desempeño de sus labores, traduciendo satisfacción de sus necesidades en el ámbito laboral y familiar; seguridad oportunidad de progreso y reconocimiento por el trabajo realizado así como integración e identificación con el equipo de trabajo y el ámbito laboral (puntos del 1 al 7 afirmativos).

SUFICIENTE Cuando el trabajador logra sus expectativas principales como son : contar con elementos suficientes para trabajar, recibir un salario adecuado, tener seguridad con el puesto, oportunidad de progresar y reconocimiento (puntos del 1al 5 afirmativos) pero carece de una correcta ubicación en el ámbito del trabajador por no tener una correcta ubicación en el ámbito del trabajador por no tener una preparación congruente (deficiente o excesiva) para el puesto o por no estar identificado e integrado con el equipo y ámbito laboral (puntos 6 y 7 negativos).

INSUFICIENTE Cuando el trabajador cuenta con satisfactores de sus necesidades de trabajo y familiares (puntos 1 y 2 afirmativos), pero carece de seguridad, oportunidad de progreso y reconocimiento (puntos 6 y 7 negativos).

NO REALIZADO No existe satisfacción del trabajador por no contar con los satisfactores básicos para sus necesidades elementales de trabajo o solventar sus necesidades económicas familiares, aun cuando estuvieran satisfechas el resto de las expectativas (puntos 1 y 2 con respuestas negativas).

INADECUADO Inconformidad manifiesta del trabajador o a través de la repercusión que ésta insatisfacción tiene en la calidad y eficiencia de su trabajo, tanto por la insatisfacción de sus expectativas principales como por el deterioro grave de alguna de ellas.

Criterios para evaluación de la atención medica integral a través del expediente clínico.

I. Aspectos inherentes al expediente clínico.

- Requisitos formales del expediente clínico.
- Captación y registro de información.

II. Proceso de la atención médica.

- Atención integral.
- Congruencia clínico-diagnóstica terapéutica.
- Seguimiento de la evaluación y pronóstico

III. Resultados de la atención médica.

- Capacidad resolutive.

IV. Plan a seguir.

- Información de los resultados de la atención, pronóstico, recomendaciones.

En la evaluación de los requisitos formales del expediente clínico, se deben verificar los siguientes puntos :

1. Los documentos se encuentran en el orden establecido.
2. Los registros son pulcros y legibles para recuperar información de ellos.
3. Los documentos están identificados con el nombre y número de afiliación del paciente.
4. En los documentos están identificados los diferentes tipos de registros (notas de revisión , nota de evolución, nota preoperatoria, etc)
5. Los documentos contienen el nombre, matrícula y firma de quienes elaboraron y se responsabilizan de la información registrada.

Se calificara como:

EXCELENTE : Si reúne los 5 requisitos enunciados.

SUFICIENTE : si no se cumple con el punto 1 o 2 se cumple parcialmente.

INSUFICIENTE : Si no se cumple con algunos de los puntos del 3 al 5.

NO REALIZADO : Cuando no se cumple el punto 2

INADECUADO : Cuando se omitió incluir documentos relevantes para la atención del paciente.

Evaluación de la captación y registro de información.

Deben incluirse los siguientes aspectos :

- 1, registro preciso y completo de antecedentes en hospitales y congruente con el padecimiento en medicina familiar.
2. registro correcto, completo y con semiología de los síntomas actuales así como de los formatos especiales.
3. registro detallado y completo de los datos de exploración física, en forma congruente de los síntomas.
4. registro e interpretación de los resultados de laboratorio y gabinete.
5. registro de los diagnósticos.
6. registro de los programas de estudio y tratamiento.
7. registro del pronóstico
8. registro de la evaluación de los signos y síntomas.
9. registro de los resultados y evolución del paciente con referencia a los procedimientos terapéuticos realizados.
10. registro correcto y completo de las órdenes médicas.

Se calificará como :

EXCELENTE : Cuando los registros del expediente clínico estén completos y se realizaron conforme a las normas vigentes y representan una transcripción fiel de los hechos.

SUFICIENTE : Cuando los registros tienen deficiencias que no repercuten en la correcta realización del acto médico.

INSUFICIENTE : Cuando los registros tienen deficiencias que trascienden en deterioro de la calidad de la atención médica.

NO REALIZADO : Cuando se omiten registros necesarios para la atención del paciente.

INADECUADO : Cuando los registros consignan información incorrecta en detrimento de la calidad de la atención al paciente.

La evaluación de la atención integral al paciente a través del expediente clínico :

Se llevará a cabo mediante la aplicación de los siguientes criterios:

1. valoración inicial del caso en forma oportuna, completa y congruente con el problema de salud del paciente.
2. proposición o establecimiento de un diagnóstico : de probabilidad o certeza, sintomático, sindromático, nosológico, etiológico o integral y de un propósito con los datos clínicos de la valoración médica.
3. establecimiento y ejecución de un programa de estudio y tratamiento.
4. evaluación clínica permanente de los resultados del tratamiento administrado y de los estudios de laboratorio y gabinete realizados, con la ratificación, ajuste o rectificación del diagnóstico, de los programas de estudio y o tratamiento y del pronóstico.
5. prevención, identificación y tratamiento oportuno de secuelas y complicaciones.
6. comunicación permanente con el paciente y o con sus familiares, para informar sobre el estado vigente del diagnóstico, programas de estudio, tratamiento y del pronóstico, con evaluación continua de la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

La atención integral se clasificará de acuerdo a los siguientes parámetros :

EXCELENTE : Cuando se cumpla con los puntos 1 a 6.

SUFICIENTE : Cuando se llevan a cabo los puntos del 1 al 5.

INSUFICIENTE : Cuando únicamente se cumplan los requisitos 1 a 3 .

NO REALIZADO : Cuando se omitió uno de los puntos del 1 al 3 originando que no pudiera considerarse como atención integral.

INADECUADO : Cuando como consecuencia de una atención que no reunió las características de integridad, se obtuvieron resultados de la atención con daño para la salud del paciente.

Evaluación de la congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica :

Los criterios para tomar en consideración en la evaluación de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica son :

1. congruencia entre los síntomas captados y registrados con la exploración física realizada.
2. congruencia entre los signos y síntomas captados y registrados con los diagnósticos establecidos.
3. congruencia entre los diagnósticos establecidos y los programas de estudio y tratamiento.
4. congruencia entre los diagnósticos establecidos y el pronóstico propuesto.

Se calificará como :

EXCELENTE : Cuando a través de las acciones realizadas y utilización de los recursos disponibles, exista congruencia entre el cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico (puntos 1 al 4).

SUFICIENTE : Cuando exista congruencia entre el cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento congruencia en el pronóstico (puntos del 1 al 3).

INSUFICIENTE : la incongruencia entre el cuadro clínico y el diagnóstico entre éste y el tratamiento es parcial, llevando a un programa terapéutico que no satisface todas las necesidades de salud del paciente (cumplimiento parcial de los puntos 2 o 3).

NO REALIZADO : Como consecuencia de un análisis incorrecto de la información, nos e establece un diagnóstico y un tratamiento correcto (no cumple con los puntos 2 y 3)

INADECUADO : Como consecuencia de un análisis incorrecto del cuadro clínico se establece un diagnóstico o un tratamiento que daña la salud del paciente (punto 1 al 3 incorrectos).

Evaluación del seguimiento de la evolución :

Debe cumplirse con los siguientes puntos :

1. registro de las modificaciones que ocurren en los signos y síntomas como parte de evolución natural de padecimiento.
2. registro de las modificaciones en signos y síntomas como consecuencia del tratamiento administrado o procedimientos terapéuticos realizados.
3. registro de las modificaciones necesarias en los diagnósticos como consecuencia de los resultado de los estudios de laboratorio y gabinete.
4. registro de las modificaciones necesarias al programa de estudio y tratamiento como resultado de las modificaciones en los diagnósticos.
5. registro de las modificaciones al pronóstico_.

Se clasificará como:

EXCELENTE : Cuando se registren modificaciones en signos y síntomas, en los diagnósticos, en el programa de estudio y tratamiento y en el pronóstico (puntos 1 al 5).

SUFICIENTE : Cuando se omite registrar únicamente las modificaciones en el pronóstico (.5)

INSUFICIENTE : Cuando se omita el registro de modificaciones en el programa de estudio y tratamiento y en pronóstico (puntos 4 y 5)

NO REALIZADO : Cuando se omite registrar las modificaciones en signos y síntomas o diagnósticos.

INADECUADO : Cuando como consecuencia de una omisión en le registro de los signos, síntomas, diagnósticos o tratamiento se afecte la salud o calidad de vida del paciente, como resultado de secuelas, complicaciones o defunción.

Criterios para evaluar la capacidad resolutive , a través del expediente clínico incluye los siguientes puntos y juicios de valor :

1. la solución del problema de salud a través de la curación del padecimiento o el control de un padecimiento no curable, la mejoría en un padecimiento no controlable, o la paliación cuando se esta fuera de todo tratamiento en congruencia con el objetivo de la atención.
2. oportunidad en la solución del problema de salud.
3. la mejoría en el nivel de salud que permite la reincorporación del paciente a su ambiente familiar o laboral.
4. la referencia del paciente a otra unidad de atención médica.
5. la existencia de complicaciones, secuelas no justificables o muerte del paciente.

EXCELENTE : Solución o control oportuno del problema de salud que dio lugar a la atención (1 y 2)

SUFICIENTE : Mejoría en la salud o control parcial del proceso patológico que dio lugar a la atención, ausencia de complicaciones, secuelas prevenibles o quejas (punto3)

INSUFICIENTE : Referencia del paciente a otra unidad médica, para atención de su problema de salud. (punto4)

NO REALIZADO. No existió solución parcial o total del problema de salud del paciente (omisión de los puntos 1, 2 y 3).

INADECUADO : Como consecuencia de la atención, se dio lugar a complicaciones o secuelas que deterioran la salud, la calidad de vida del paciente o lo condujeron a la muerte (punto 5)

CRITERIOS PARA MEDIR LA OPORTUNIDAD.

Diferimiento de la atención : el lapso que transcurre entre la solicitud de la cita para la atención y la fecha en que ésta es otorgada, se calificará como :

EXCELENTE : cuando se otorga para el mismo día en que se requiere.

SUFICIENTE : cuando el tiempo que debe transcurrir entre el otorgamiento de la cita y la fecha en que se requería no implica, riesgo para la salud del paciente pero ocasiona insatisfacción.

INSUFICIENTE : cuando la demora en la atención por retraso en la cita otorgada implica riesgo para la salud del usuario o conduce a la presentación de una queja.

NO REALIZADO : cuando no se otorgó la cita.

INADECUADO : cuando la demora en la atención por diferimiento en el otorgamiento de una cita ocasiona daño para la salud del paciente o la presentación de una queja.

Tiempo de espera en sala, hasta el inicio de la atención se considera como:

EXCELENTE : cuando la consulta se otorga de inmediato en la hora programada o con un máximo de retraso de 15 minutos.

SUFICIENTE : menos de 30 minutos en consulta programada y hasta 60 minutos en consultas sin cita.

INSUFICIENTE : cuando supera el tiempo establecido.

NO REALIZADO : cuando no se otorga la consulta programada.

INADECUADO : cuando el tiempo de espera excesivo ocasiona daño para la salud del paciente.

Metodología que se utilizará para determinar los límites entre los diferentes grados de calidad :

1. Logro del objetivo de la atención médica, como consecuencia de la integración de dos elementos esenciales :
 - a) Un proceso de atención realizado conforme a las normas institucionales, conocimientos médicos y tecnologías vigentes, congruente con la complejidad del problema de salud y el nivel de atención.
 - b) La oportuna realización del proceso de atención que permita conseguir la solución integral del problema, el máximo factible de mejoría y la ausencia de secuelas o complicaciones, sobre la premisa de un proceso bien llevado a cabo.

La conjunción de la oportunidad y un proceso de atención correctamente realizados, nos permitirán alcanzar un mínimo indispensable de calidad con una calificación de **"SUFICIENTE"**

2. Logro incompleto o nulo del objetivo de la atención médica, como resultado de la combinación de fallas que impidan un número indispensable de calidad.
 - a) El proceso de atención fue otorgado en forma incorrecta por desconocimiento o aplicación deficiente de normas y conocimientos vigentes de la medicina, carencia o utilización adecuada de la tecnología requerida para la atención del problema de salud.
 - b) Realización correcta del proceso, pero fuera del momento oportuno para llevarlo a cabo, con logro parcial del objetivo.

La presencia de una de éstas situaciones nos llevaría a un logro de objetivo con calificación **"INSUFICIENTE"**

3. El logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado, en un ambiente confortable con trato personalizado y amable, con una comunicación abierta con el paciente, que conduzca a su satisfacción plena por los servicios recibidos, permitirán el logro del objetivo, con una calificación de **"EXCELENTE"**.

4. La omisión en el otorgamiento de la atención médica por carencia absoluta de la oportunidad o por no haberse llevado a cabo el proceso de la atención por diversas causas conduce a la asignación de una calificación de **"NO REALIZADO"**.

La realización incorrecta de la atención médica por un proceso de la atención llevado a cabo con carencias de oportunidad, con ignorancia o aplicación deficiente de normas, conocimientos médicos o tecnología vigentes que conduzcan a resultados negativos con daños a los pacientes por complicaciones secuelas o inclusive, obliguen a asignar la calificación de **"INADECUADO"**

METODOLOGÍA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

- Ya seleccionados los pacientes se les realizó la encuesta de satisfacción con su respectiva hoja de consentimiento informado. De acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
- De cada paciente encuestado se tomó el expediente clínico y se calificó de esa manera la calidad de la atención médica integral otorgada.
- Se aplicó a los 32 médicos familiares la encuesta de satisfacción del prestador de servicios de acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Con su respectiva hoja de consentimiento informado.
- La oportunidad se calificó tomando los datos a la hora que llegó el paciente y a la hora que entro a la consulta (tomado de la hoja de registro diario de la consulta de medicina familiar).
- Posteriormente se realizó una base de datos en excel y se realizó el análisis estadístico y se otorgó la calificación de acuerdo a los criterios antes mencionados.
- Se vació la información en cuadros y gráficos.
- Se realizó el análisis estadístico.

El análisis estadístico utilizado que se realizó, fue a través de medidas de frecuencias, además para la estimación del tamaño de la muestra se realizó un muestreo probabilístico para poblaciones finitas. (19).

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En este estudio se solicitó de manera voluntaria la participación de los pacientes y de los médicos familiares cumpliendo con los criterios actuales de los comités de ética y la declaración de Helsinki informándoles que se trataba de un estudio de investigación para medir la calidad de la atención en esa unidad.

RESULTADOS.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N° 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde la población total de derechohabientes adscritos a ésta unidad es de 81,468; el tamaño de la muestra que se estudio fue de un total de 380 pacientes. El análisis estadístico utilizado que se realizó fue a través de medidas de frecuencia, además para la estimación del tamaño de la muestra, se realizó un muestreo probabilístico para poblaciones finitas (19). Se estudiaron además 32 médicos familiares que son todos los que laboran en esa unidad. También se calificaron 380 expedientes correspondientes a los mismos pacientes encuestados y en estos mismos se midió la oportunidad (diferimiento de la cita y tiempo de espera en cada paciente).

Se midieron las siguientes variables:

- Grado de satisfacción del usuario interno.
 - Grado de satisfacción del usuario externo.
 - Tiempo de espera.
 - Diferimiento de la cita.
 - calidad de la atención médica a través del expediente clínico.
1. Se obtuvieron los siguientes resultados arrojados de las encuestas del usuario externo (paciente):
 - De los 380 pacientes el 41.1% (156 pacientes) calificaron la calidad como *excelente*; es decir que la totalidad de las respuestas fueron afirmativas: atención oportuna, realización correcta del proceso de la atención y satisfacción con el entorno en que éste se desarrolló.
 - El 15% (57 pacientes) opinaron que la atención fue *suficiente*, es decir, que las respuestas a las preguntas relacionadas con la oportunidad y realización del proceso de atención fueron afirmativas, y en las restantes fueron algunas o una negativas.
 - El 43.9 (167 pacientes) calificaron a la atención como *insuficiente*; es decir que en lo referente a la oportunidad fue negativo o de la realización de la atención médica fue negativa.(ver gráfico n°1).
 2. De las encuestas realizadas a los médicos familiares ellos calificaron como sigue:
 - El 34% (11 médicos) calificaron como *excelente la satisfacción*; es decir que este grupo cumple con las expectativas del trabajador a través del desempeño de sus labores, traduciendo satisfacción de sus necesidades en el ámbito laboral y familiar, seguridad, oportunidad de progreso y reconocimiento por el trabajo realizado así como integración e identificación con el equipo de trabajo y el ámbito laboral.
 - El 18.8% (6 médicos) la calificaron como *suficiente*, es decir que el

trabajador logra sus expectativas principales como son: contar con elementos suficientes para trabajar, recibir un salario adecuado, tener seguridad con el puesto oportunidad de progresar y reconocimiento, pero carece de una correcta ubicación en el ámbito del trabajador por no tener una preparación congruente (deficiente o excesiva) para el puesto o por no estar identificado e integrado con el equipo y ámbito laboral.

- El 25% (8 médicos) calificaron la satisfacción de ellos como **insuficiente**; esto es cuando el trabajador cuenta con satisfactores de las necesidades de trabajo y familiares, pero carece de seguridad, oportunidad de progreso y reconocimiento.
- El 12.5% (4 médicos) calificaron como **no realizado**, es decir que no existe satisfacción del trabajador por no contar con los satisfactores básicos para sus necesidades elementales de trabajo o solventar sus necesidades económicas familiares, aún cuando estuvieran satisfechas el resto de las expectativas.
- El 9.3% (3 médicos), calificaron como **inadecuado**; esto es que hay una incomodidad manifiestas del trabajador o a través de la repercusión que ésta insatisfacción tiene en la calidad y eficiencia de su trabajo, tanto por la insatisfacción de sus expectativas principales como por el deterioro grave de alguna de ellas. (ver gráfico n° 2).

3. Se calificó la atención médica a través del expediente clínico obteniéndose los siguientes resultados:

- El 28.9% (110 expedientes) calificaron como **excelente**, es decir que reunieron los 5 requisitos (ver página 18 metodología).
- El 33.2% (126 expedientes) calificaron como **suficiente**, no se cumple con el punto 1 o 2 o e cumple parcialmente. (ver página 18 metodología).
- El 37.95 (144 expedientes) se calificaron como **insuficientes**, no se cumplió con algunos de los puntos del 3 al 5. (ver página 18 metodología). (ver gráfico n° 3).

4. La oportunidad se midió con el diferimiento de la cita y los tiempos de espera. En cuanto a la oportunidad se encontró que los 380 pacientes pasaron el mismo día de haber solicitado su cita por lo que se calificó la oportunidad **excelente**.

En cuanto a los tiempos de espera se encontraron como sigue:

- 34.7% (132 pacientes) calificaron como **excelentes**, esto es que esperaron de 0 a 15 minutos para el otorgamiento de la atención médica.
- El 38.7% (147 pacientes) calificaron como **suficientes**, es decir que esperaron de 16 a 60 minutos para el otorgamiento de la atención médica.
- El 26.6% (101 pacientes) calificaron su tiempo de espera como **insuficiente**, esto es que esperaron entre 61 y 120 minutos.(ver gráfico n° 4).

En este rubro se identificó un promedio de tiempo de espera de 45.9 minutos, una mediana de 49 minutos y una desviación estándar de +- 42.6; esto obedece a que hay 129 pacientes registrados con un tiempo de espera de cero minutos lo que no permite tener una correcta evaluación a través de la desviación estándar.

Con la base de datos se realizó un filtro sólo de los 156 pacientes que calificaron a la atención médica como **excelente**, es decir los pacientes que estuvieron totalmente satisfechos, y se midió en ellos las demás variables para determinar que es lo que sucedió en el proceso de su atención médica para calificarla de excelente; y se obtuvieron los siguientes resultados:

1. En cuanto a la oportunidad el 51%(79 pacientes) se calificó como **excelente**, es decir esperaron para su atención de 0 a 15 minutos. El 41% (64 pacientes) se calificó como **suficiente**, esto es que esperaron de 16 a 60 minutos y el 8% (13 pacientes) calificó su tiempo de espera como de **insuficiente**, es decir que superó el indicador para la consulta de medicina familiar que es de 60 minutos. (ver gráfico n° 5).
2. En cuanto a la satisfacción de sus médicos, en éstos pacientes altamente satisfechos se encontró que el 44 % fue **excelente**, el 14% fue suficiente, el 9% insuficiente, el 10% no realizado y el 16% inadecuado. (ver gráfico n°6).
3. En cuanto a la atención médica integral otorgada por su médico familiar y calificada a través del expediente clínico de estos pacientes altamente satisfechos se encontró que el 39% fue excelente, el 35% fue suficiente, y el 26% insuficiente. (ver gráfico n°7).

GRAFICO N° 1

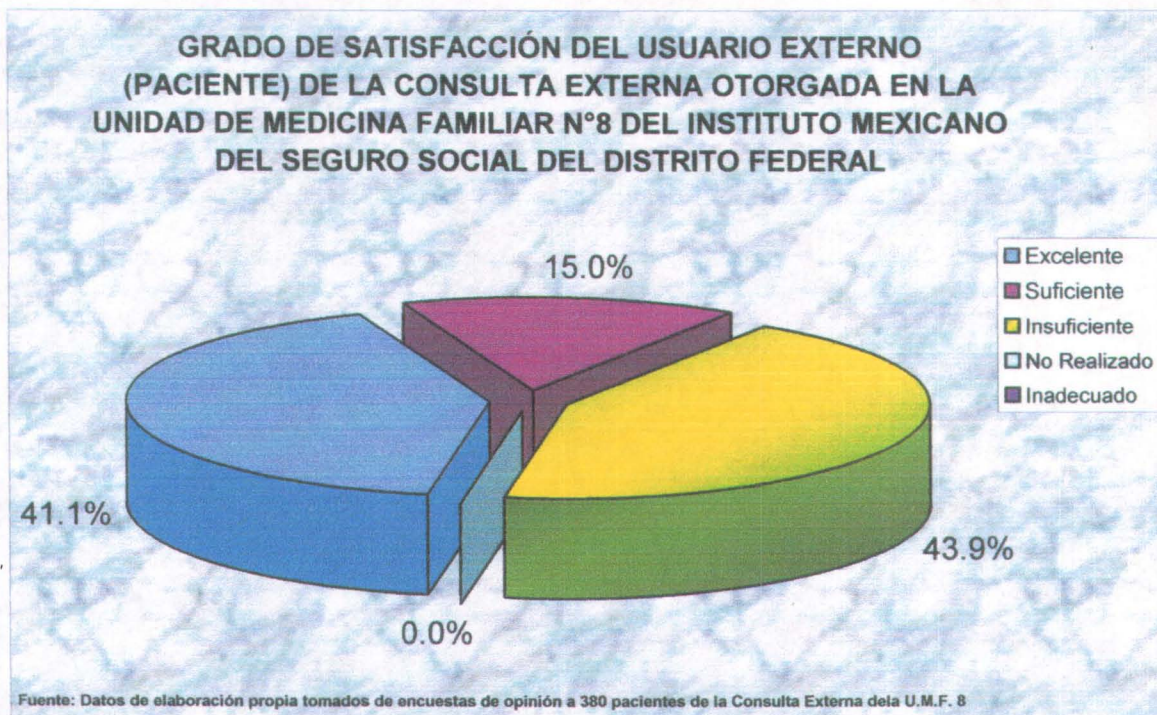


GRAFICO N° 2.

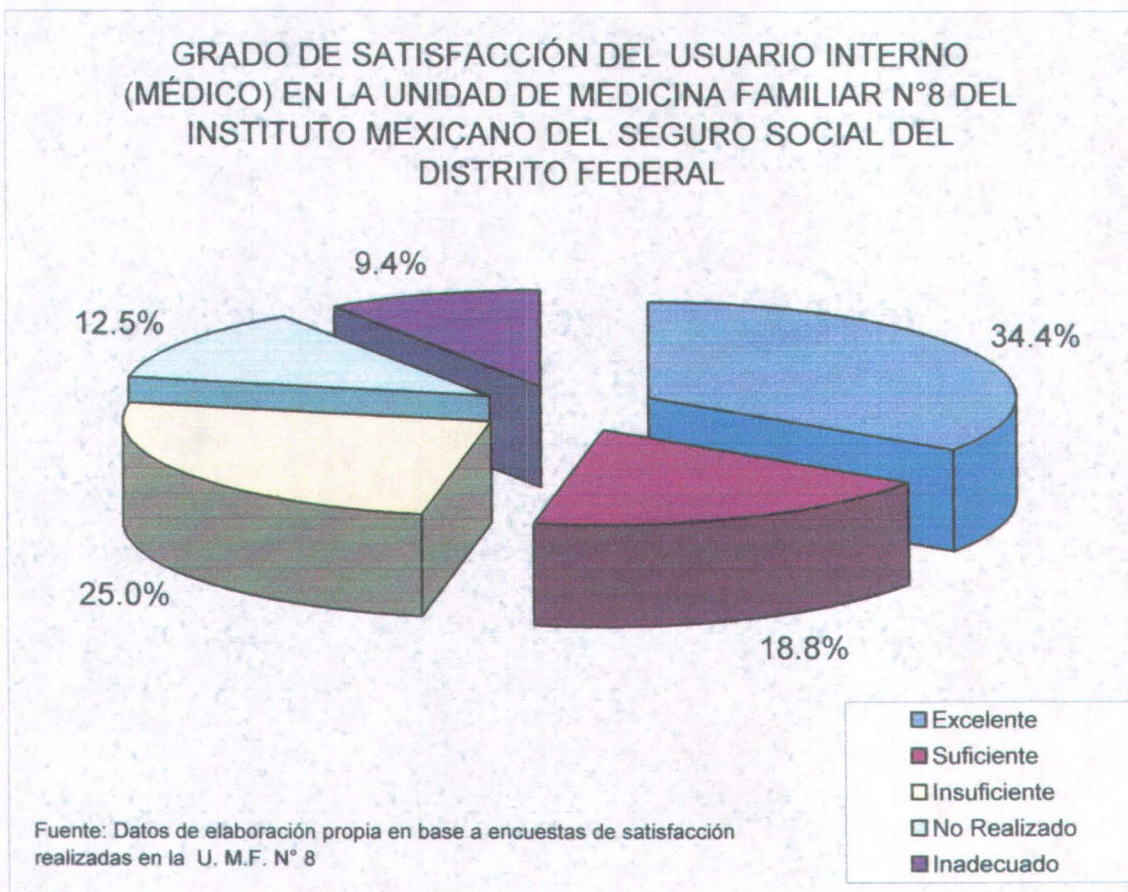


GRAFICO N° 3.

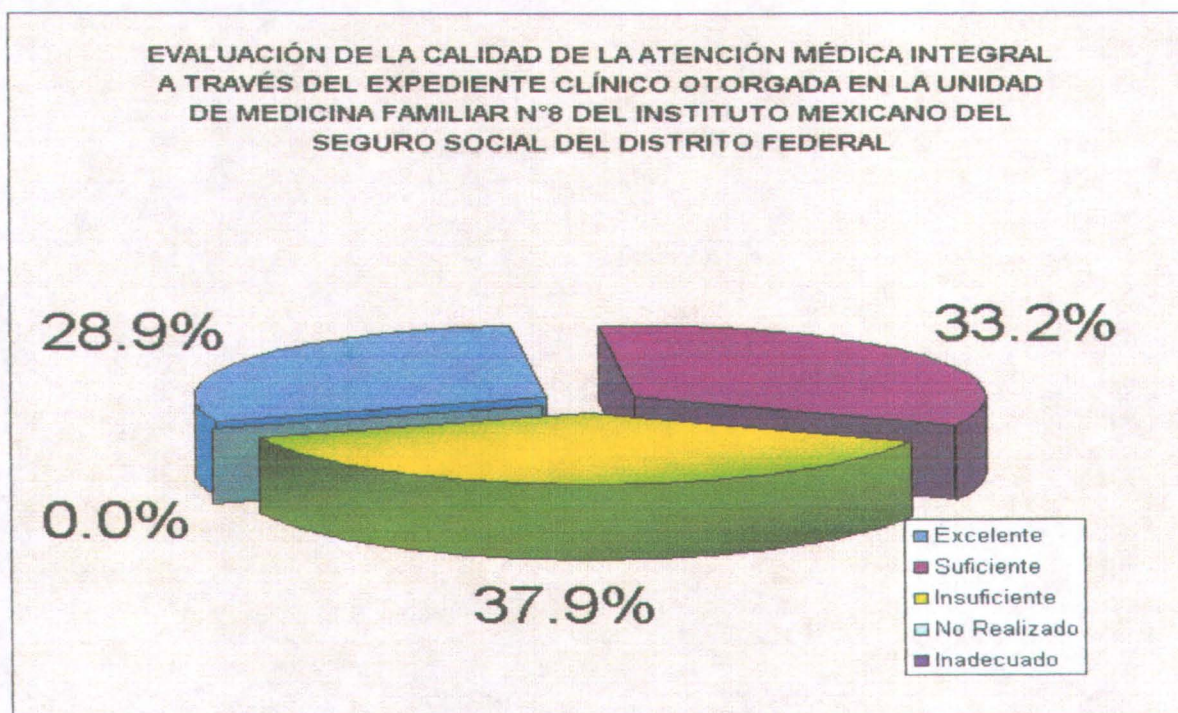


GRAFICO N° 4.



GRAFICO N° 5.

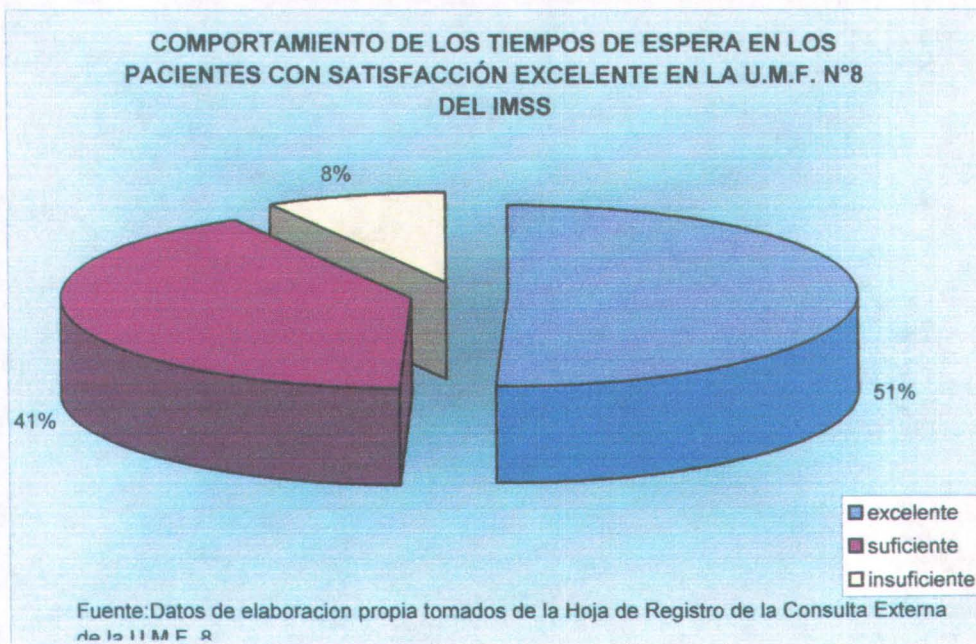
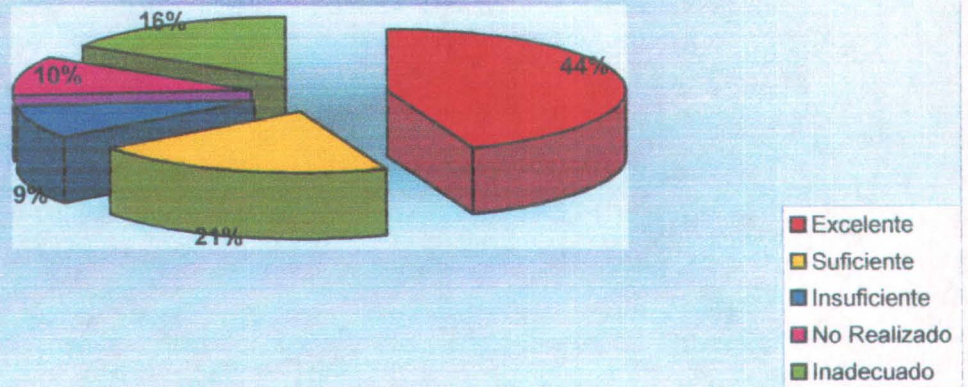


GRAFICO N° 6.

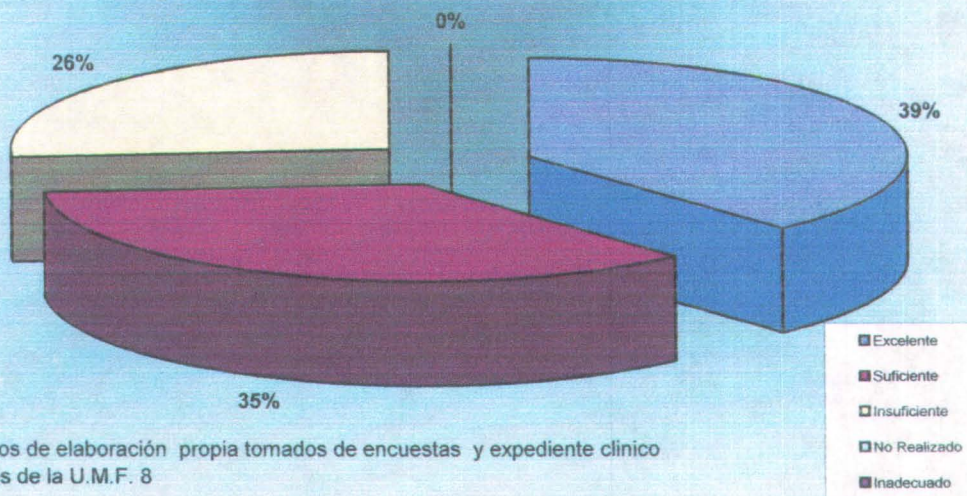
COMPORTAMIENTO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO (MÉDICO) EN LOS PACIENTES CON SATISFACCIÓN EXCELENTE DE LA U.M.F. N°8 DEL IMSS



FUENTE: Datos de elaboración propia tomados de encuestas de satisfacción realizadas en la U.M.-F. 8

GRAFICO N°7.

COMPORTAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL (EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO) EN PACIENTES CON SATISFACCIÓN EXCELENTE EN LA U.M.F. N°8 DEL IMSS



Fuente: datos de elaboración propia tomados de encuestas y expediente clínico de pacientes de la U.M.F. 8

DISCUSIÓN.

En el presente estudio observamos como la calidad en una unidad de salud depende de todos sus componentes, ya que encontramos si una de nuestras variables (oportunidad, satisfacción, atención integral) no se encontraba con excelencia todo el proceso ya no era excelente. Es necesario tomar muy en cuenta que en este diagnóstico de calidad que realizamos observamos como un alto porcentaje no llego a la excelencia en la **variable satisfacción del paciente** pues de 380 pacientes solo 156 nos refirieron salir altamente satisfechos de su atención pero si a esto le sumamos que solo 79 de éstos tuvieron una oportunidad excelente, que solo 60 tuvieron una excelente atención médica integral, y que en estos mismos sus médicos se encontraron que menos de la mitad (44%) están altamente satisfechos con el servicios que otorgan nos da una muy pequeña cifra de calidad total de excelencia. Por lo que deberá incidirse en todos los aspectos del proceso de la atención médica, buscar cuales son los factores que necesitamos para llegar a la satisfacción total de nuestros prestadores de servicios, de nuestros clientes y del proceso en sí, en esta unidad se encontró que el mayor problema está en la oportunidad y en la atención médica integral. Sin embargo la gran mayoría de las quejas de los pacientes es por mal trato de sus médicos tratantes y no por insuficiente calidad en la atención médica otorgada desde el punto de vista técnico-médico, por lo que deberemos tener en cuenta que quiere el cliente, que queremos los que nos dedicamos a la salud, si el objetivo de las instituciones es otorgar salud de alta calidad, aminorar el dolor que aqueja a nuestros pacientes, salvar la vida de ellos, pero sobre todo elevar el nivel de vida de nuestra población deberemos incidir no solo en curar a los enfermos en el aspecto meramente biologicista, es necesario escucharlos atender a sus verdades. Por otro lado los directivos deberán escuchar a sus médicos evaluar y conseguir la satisfacción de ellos. Si conseguimos comulgar las dos necesidades de satisfacciones tanto del usuario interno como del externo se logrará no solo una buena relación médico paciente sino se logrará eficiencia, efectividad, y una atención en los servicios médicos de alta calidad, que repercuta en la comunidad. Las instituciones deben tener muy claro que no solo es tener mayor cobertura en los servicios, sino elevar el nivel de vida, y esto significa atender con excelente calidad a nuestros pacientes, que en esta unidad dista mucho de ello.

CONCLUSIONES.

En el presente estudio analizamos los datos y observamos que los pacientes altamente satisfechos tienen una relación directamente proporcional con el grado de satisfacción del médico tratante así como con el grado de oportunidad para el otorgamiento de la atención médica y también con la calidad de la atención médica integral a través de la calificación del expediente clínico, ya que el grupo de pacientes que obtuvo un grado de excelencia en la satisfacción de la atención médica (41%) registró el mayor porcentaje (51%) de pacientes con tiempos de espera de excelencia (de 0 a 30 minutos), el diferimiento de la consulta fue excelente (cero minutos) y el grado de satisfacción de su médico tratante en este grupo de pacientes en el rango de excelencia fue alto (44%) y la calificación de la atención integral a través del expediente clínico el 39% fue de excelencia. En la Unidad de Medicina Familiar estudiada encontramos la satisfacción del usuario externo en donde la proporción que predominó fue el de INSUFICIENTE (48%), una satisfacción del usuario interno en una proporción predominante de EXCELENTE (34.4%), una oportunidad que se calificó como de SUFICIENTE (39%), y una calidad de la atención médica integral predominando el de INSUFICIENTE (38%). Por lo anterior concluimos que la *calidad total de excelencia* esta muy lejos de ser alcanzada en esta unidad ya que solo algunos de los parámetros evaluados obtuvieron la excelencia y el resto no. Dado lo cual sugerimos que en las variables en que se alcanzó el 100% de excelencia se refuercen las acciones médico integrales con un reconocimiento de las autoridades de ésta unidad, brindando todas las facilidades para continuar generando la excelencia. Es necesario hacer hincapié en qué es lo que se necesita para otorgar atención de calidad excelente.

En cuanto a las variables calificadas como "suficiente", se deberá poner mayor énfasis al proceso en que estuvieron involucrados los pacientes que calificaron la atención de esa manera, realizando asesoría y supervisión más estrecha por parte de las autoridades involucradas en el otorgamiento de la atención integral así como brindar las facilidades para llegar a la excelencia de la atención médica de manera conjunta estableciendo controles mutuamente concensados con la finalidad de establecer reuniones periódicas en donde se indique los avances en la calidad de la atención médica. En los que calificaron como "no realizado o inadecuado" se deben tomar en cuenta como problemas que afectan en forma negativa a la calidad en la prestación de los servicios; en éste grupo las mediciones de la calidad serán más frecuentes y se retroalimentará a cada uno de los médicos con sus respectivas observaciones.

Con las medidas antes mencionadas será posible llegar en ésta unidad a lograr una atención médica de excelente calidad. De no seguir dichas recomendaciones y continuar realizando las actividades de la misma manera como hasta hoy, ésta unidad siempre se calificará como una unidad de medicina familiar que esta muy lejos de la excelencia en la calidad de la atención médica.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE GAS,. H. : Evaluación de la calidad de la atención médica Expectativas de pacientes y trabajadores. Revista de salud pública de México. Marzo- abril de 1990; 32:170
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia Mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra organización Mundial de la Salud . 1981. Serie "Salud para todos2, No 3.
3. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA: El expediente clínico en la atención mecía. Instrucciones, México, 1973.
4. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. SUDIRECCION MÉDICA : evaluación del expediente clínico e unidades médicas. México, 1975.
5. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: Manual de evaluación de la calidad de la atención médica a través del expediente clínico en unidades medicas. 1986.
6. SECTOR SALUD, GRUPO BASICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN: Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. México, D.F. 1987.
7. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO : ENCUESTAS PARA MEDIR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL ISSSTE , México, febrero-julio 1988.
8. DONABEDIAN. A : The Quality of Care. How Can it be assessed? Jama, 1988; 260:1743.
9. DONABEDIAN. A : La calidad de la atención médica. La prensa médica mexicana, S.A. México, 1984.

10. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALES : Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS. México, 1987.

11. . BARROSO VILLEGAS, E. : Evaluación de los servicios de salud en el IMSS. Servicios de evaluación en el sector salud. San Juan del Río, Qro., México, 1988.

12. . PALMER. R.H.; CONNORTON REILLY, M. Individual and institutional VARIABLES Wich May serve as indicators of quality of medical care. Medical care, Boston, Massachesets USA 1990 17:693

13. DONABEDIAN, A.: The Epidemiology of Quality Inquiry, Ann Arbor Michigan, USA, 1995; 22:282

14. . GOLFIELD,N.; NASH, D.F.: Providing quality care. The Challenge to Clinicians. American College of Physicians Philadelphia, Penin. 1989.

15. DONABEDIAN, A. : Criteria Norms and Standars of Quality: Wat do they mean?..AM.: J of public health, ann arbor Michigan, USA, 1991;71:409.

16. DONABEDIAN, A.: Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica . Salud Pública de México, 1998; 30:2002.
17. DONABEDIAN, A.; WHEELER, J.R.C.; WYSZEIANSKI, L.; QUALITY, Cost, and Health an Integrative Model. Medical Care, Ann Arbor Michigan, USA, 1992 ; 20:975
- 18.. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO. Manual de Organización y funcionamiento de los comités de infecciones intrahospitalarias , tejidos , México, 1995
19. DAWSON SAUNDERS, B:TRAPP RG. Bioestadística Médica . Philadelphia (PA) Manual Moderno; 1995p.71-72.

A N E X O S.

ANEXO 1.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO.

1. ¿ Su médico familiar lo saluda de mano, por su nombre, se presenta con usted y lo atendió él mismo?

SI () NO ()

2. ¿Lo atiende el médico el día de su cita o cuando usted solicita su atención y no lo hace esperar más de 30 minutos?

SI () NO ()

3. ¿En cada consulta le pregunto el médico acerca de sus molestias, le realizó examen médico y le prescribió estudios y medicamentos requeridos?

SI () NO ()

4. ¿El trato de su médico fue amable?

SI () NO ()

5. ¿Considera usted que el consultorio es cómodo y permite privacidad en la atención?

SI () NO ()

6. ¿Le informó su médico acerca de su padecimiento y los cuidados que debería tener en su domicilio?

SI () NO ()

7. ¿Está usted satisfecho con la atención médica recibida?

SI () NO ()

ANEXO 2.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PRESTADOR DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.

1. ¿Existe en su centro de trabajo los instrumentos , equipo de trabajo y las comodidades suficientes para realizarlo con satisfacción?
SI () NO ()
- 2. ¿Se preocupa la institución y sus superiores por por facilitarle los elementos necesarios para el fomento y cuidado de su salud en el trabajo?
SI () NO ()
3. ¿Existe en su trabajo posibilidades de progreso y desarrollo personal?
SI () NO ()
4. ¿Está usted seguro en su trabajo?
SI () NO ()
5. ¿Ha recibido usted reconocimiento de la institución de sus superiores por el buen desempeño de su trabajo?
SI () NO ()
6. ¿Considera suficiente la capacitación que se le dio para realizar su trabajo?
SI () NO ()
7. ¿Tiene usted oportunidad de participar con su jefe inmediato en las decisiones que afectan la realización de su trabajo?
SI () NO ()
8. ¿Es bueno el ambiente interpersonal en el área donde realiza su trabajo?
SI () NO ()
9. ¿Considera usted importante que su trabajo este bien hecho y realiza su mejor esfuerzo para lograrlo?
SI () NO ()
10. ¿Conoce usted el objetivo que persigue la institución y está de acuerdo con él?
SI () NO ()
11. ¿Se entera si se lograron los resultados que usted esperaba con la realización de su trabajo?
SI () NO ()
12. ¿El trabajo que usted realiza es congruente con el nivel de escolaridad y preparación que tiene?
SI () NO ()
13. ¿Los procedimientos administrativos facilitan la realización de su trabajo?
SI () NO ()
14. ¿Los sistemas de trabajo que se relacionan con el logro de sus objetivos son los más adecuados?
SI () NO ()

ANEXO 3.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

I. Evaluación del documento.

- Requisitos formales.
- Captación y registro de la información.

2. Proceso de la atención médica.

- Atención integral.
- Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica.
- Seguimiento de la evolución y pronóstico.

3. Resultados de la atención médica.

- Capacidad resolutive.

4. Plan a seguir.

- Información de los resultados de la atención, recomendaciones.

Se utilizaran juicios de valor :

- EXCELENTE
- SUFICIENTE
- INSUFICIENTE
- NO REALIZADO
- INADECUADO

ANEXO 4.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El objetivo de este cuestionario es la realización de un estudio de investigación acerca de la Calidad de la Atención Médica en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se medirá el grado de Calidad Médica a través de esta información, y se analizará juntos con otros aspectos de la Atención para poder resolver la problemática encontrada.

Se solicita de su participación voluntaria para contestar este cuestionario.

Esta información será confidencial y de gran utilidad para nuestro estudio y para usted. Por lo que se le solicita conteste de forma correcta y sincera estas preguntas. Si no acepta entregue el cuestionario en blanco.

Si tiene alguna duda favor de preguntar al médico que se le otorgó éste cuestionario.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

ANEXO 5.

DECLARACIÓN DE HELSINKI.

Principios básicos.

1. La investigación biomédica que involucra seres humanos debe sujetarse a los principios científicos generalmente aceptados y debería estar basada en experimentaciones adecuadas de laboratorio y animales, así como en el conocimiento de la literatura científica.
2. El diseño y la ejecución de cada diseño experimental que involucra seres humanos debería estar claramente formulado en un protocolo experimental.
3. La investigación biomédica que involucra seres humanos debe de ser conducida sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínico competente. La responsabilidad para los sujetos humanos no puede ser legítimamente llevada a cabo a menos que la importancia del objetivo esté en proporción a los riesgos inherente al sujeto.
4. Todo proyecto de investigación biomédica que involucre seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa evaluación de riesgos predecibles en comparación con los posibles beneficios al sujeto o a otros seres humanos. En lo que concierne a los derechos del sujeto, éstos deben siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
5. Debe ser siempre respetado el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad. Deben tomarse todas las precauciones para respetar la privacidad y minimizar el impacto del sujeto en la integridad física y mental de la personalidad del sujeto.
6. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en proyectos donde participen seres humanos, a menos que los riesgos involucrados sean previsibles. Los médicos deben cesar cualquier investigación si los peligros encontrados sobrepasan los beneficios potenciales.
7. En la publicación de los resultados, el médico está obligado a preservar la veracidad de los mismos. Los reportes de experimentación que no estén de acuerdo con los principios estipulados en ésta declaración no deben ser aceptados para publicación.
8. En cualquier experimento con seres humanos, cada sujeto potencial debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligros potenciales y molestias que el estudio pueda provocar. El individuo debe conocer la libertad que tiene para abstenerse o participar o retirarse del mismo si así lo desea. El médico debe obtener el conocimiento informado, de preferencia por escrito.
9. Cuando se tenga el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser precavido si el sujeto está en una relación dependiente, ya que puede consentir bajo cohesión. En éste caso, el consentimiento deberá ser obtenido por un médico que no participe en la investigación y que sea completamente independiente de ésta relación.

10. En caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser obtenido del guardián legal de acuerdo con la legislación nacional. En caso de que la incapacidad físico-mental impida obtener consentimiento informado o cuando el sujeto sea un menor, el permiso del familiar responsable reemplaza al del sujeto de acuerdo con la legislación nacional.

11. El protocolo de investigación debe contener siempre las consideraciones éticas involucradas y debe contener los postulados de la presente declaración.

Investigación médica en combinación con la asistencia (investigación clínica).

1. En el tratamiento de la persona enferma, el médico debe ser libre de usar un nuevo diagnóstico y una medida terapéutica, si a su juicio ofrece la esperanza de salvar de la vida, reestablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

2. Los beneficios potenciales, riesgos y molestias de un nuevo método deberán ser ponderadas con las ventajas de la mejor prueba diagnóstica actual y métodos terapéuticos.

3. En cualquier estudio médico, cada paciente, incluyendo aquellos del grupo control si existe, deberá ser informado del mejor resultado diagnóstico y/o terapéutico.

4. El rechazo del paciente a participar nunca debe de intervenir en la relación médico paciente.

5. Si el médico considera que es esencial no obtener consentimiento informado, las razones específicas de ello deberán ser escritas en el protocolo experimental de investigación, para que así sean transmitidas a un comité independiente.

6. El médico puede combinar la investigación médica y la asistencia si el objetivo es la adquisición de nuevos conocimientos médicos, sólo en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible valor diagnóstico y terapéutico por el paciente.

Investigación biomédica no terapéutica que involucre sujetos humanos (investigación biomédica no clínica).

1. En la sola aplicación de la investigación biomédica llevada sobre seres humanos, es el deber del médico permanecer como el protector de la vida y la salud de esa persona o de quien esté llevando la investigación.

2. Los sujetos deberán ser voluntarios, ya sean personas sanas o pacientes, para quienes el diseño experimental no esté relacionado con la enfermedad del mismo.

3. El investigador o grupo de investigadores deberán discontinuar la investigación si, a su juicio, ésta pudiera ser dañina al sujeto de continuarse.

4. En la investigación humana el interés de la ciencia y la sociedad nunca deberá tomar prelación sobre las condiciones relacionadas con el bienestar de los sujetos.