



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA



11226
31
28

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE
UNIDAD ACADEMICA: CLINICA HOSPITAL "A"
TOLUCA DEL ISSSTE**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE ATENCION
MEDICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA
HOSPITAL "A" TOLUCA DEL ISSSTE ANTES Y
DESPUES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
DE MEDICINA FAMILIAR**

T R A B A J O

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

P R E S E N T A

DRA. MA. ESTHER DURAN ALDANA

FALLA DE ORIGEN

TOLUCA, EDO. DE MEX.

ENERO DE 1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

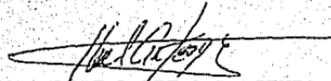
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA :

DRA. MA. ESTHER DURAN ALDANA.

TITULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE ATENCION
MEDICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA
HOSPITAL "A" TOLUCA DEL I. S. S. S. T. E.


DRA. PAULA GUADALUPE MADRAZO GONZALEZ,
Coordinadora del curso de Especialidad en
Medicina Familiar en la Clínica HOSPITAL
"A" Toluca del I. S. S. S. T. E.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES,
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
de la Jefatura de Servicios de Enseñanza
del I. S. S. S. T. E.



TITULO

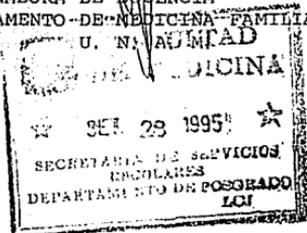
ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE ATENCION
MEDICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA
HOSPITAL "A" TOLUCA DEL I. S. S. S. T. E.
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:
DRA. MARIA ESTHER DURAN ALDANA.

AUTORIZACIONES


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


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


DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE CIENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A. M.



"PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA"

Dada la institucionalización de la atención médica, de acuerdo al Plan General de Salud de mayor cobertura a la población se hace imperativa la evaluación de la calidad de la atención médica, a fin de encontrar formas de obtener mayores frutos de su expansión social sin sacrificar el sentido humano individual.

Con el fin de evaluar la calidad de la atención médica que se presenta en el área de la consulta externa de la Clínica - Hospital "A" de Toluca, del ISSSTE, se aplicarán cuestionarios CSQ-8, que indagan sobre la calidad de la atención de dicho servicio, en cual será comparado con otro estudio que se realizó, antes de iniciar el curso de especialidad de Medicina Familiar, en que se comprobara cuanto mejoro la "calidad de atención" posterior a la terminación del curso de Especialización de Medicina Familiar en el servicio de consulta externa.

FALLA DE ORIGEN

TITULO

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE
ATENCION MEDICA EN LA CONSULTA
EXTERNA DE LA CLINICA-HOSPITAL
"A" DE TOLUCA, ISSSTE.
ANTES Y DESPUES DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION DE MEDICINA
FAMILIAR.**

HIPOTESIS

**"LA CALIDAD DE LA ATENCION MEJORO POR
LA CAPACITACION QUE ADQUIRIERON LOS
MEDICOS DE LA CONSULTA EXTERNA AL
INGRESAR AL CURSO DE ESPECIALIZACION
DE MEDICINA FAMILIAR EN LA
CLINICA-HOSPITAL "A" TOLUCA
DEL ISSSTE".**

MARCO HISTORICO

Los primeros estudios realizados sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, aparecen a partir de 1950, encontrándose un incremento importante durante las décadas posteriores.

Entre los primeros estudios que se encuentran, data el de la socióloga Rose Laub Coser en 1955, quien relata lo que piensan 51 pacientes del hospital "Mount Herman" de Estados Unidos, acerca de la calidad de la atención médica de este hospital, mostrando una gran sensibilidad y perspicacia, sin embargo algunos autores cuestionan la aplicabilidad general de sus conclusiones. (22)

También se encuentran el estudio clásico de Friedson (1961) sobre la calidad de la atención en un Hospital de Bronx, Nueva York, quien concluyó que lo que la gente admitía como calidad de la atención médica, consistía principalmente en el interés del médico sobre su persona y su competencia científica, y que no podía existir una cualidad sin la otra. (22)

Un estudio realizado en 1965 por Shiloh, viene a dar apoyo parcial al estudio de Coser, quien además clasifica a los pacientes en:

Tipos de pacientes
1.- IGUALITARIOS: Aquellos que se valían así mismos como participantes del hospital, con derecho a que se les informara acerca de su padecimiento y a intervenir en la toma de decisiones. Estaban satisfechos de la atención, pero criticaban el modo impersonal y poco comunicativo de este sistema.

2.- JERARQUICO: Los que se consideraban como pasivos y agradecidos de la atención. Además estaban muy satisfechos de las amenidades y confort de este hospital.

(La división de pacientes en estos dos tipos, es un elemento importante en la definición individualizada de la calidad. (22)

Combell en 1969, realizó estudios sobre la satisfacción de pacientes valorando dos aspectos; lo que el paciente espera-analiza-recibe y algunos aspectos de los programas, concluyendo que este último factor evaluando, tiene sus limitaciones dado su corto alcance. (16)

Freeborn y Greenlick en 1973, escribe sobre la satisfacción del profesional como un criterio de la calidad de la atención médica. (15)

Hulka Petersdorf, Dunn, Seitzer y Spauling en 1976 y 1977 han realizado estudios relacionados con la calidad de la atención médica en el primer nivel. (16)

Thompson y Osborne en 1976 y Mechanic en 1977, han realizado estudios referentes a la práctica médica y la relación médico-paciente en el primer nivel de atención, criterios de calidad en cuidados ambulatorios e implicaciones de la tecnología y la burocracia en la atención médica. (22)

FALLA DE ORIGEN

En 1978 Hirschhoorn, diseña un modelo par evaluar la calidad de la atención incluyendo los aspectos de estructura (organización, objetivos, programas, etc.) en la parte de prerequisites que se evaluarán antes de realizar estudios de dimensiones específicas de atención con accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, costo-beneficio y otros. (22)

Una serie de estudios realizados por Tuan D. Nouyen y Clifford Attkisson se encamina a producir medidas eficientes de la satisfacción de los pacientes en niveles de síntomas, características demográficas, tipo de accesibilidad en la utilización de servicios y otros por medio de cuestionarios en 1979. (15)

En la actualidad ya existen muchos estudios de evaluación en el primer nivel de atención utilizando como parámetro, la satisfacción de los pacientes enfocandolos sobre la estructura, el proceso o bien los resultados, entre los que encontramos; Hulka (1973), Mc Donnell (1976), Kane (1976), Martini (1977), Roberts (1978), Kuperman (1978), Smith (1979), Hichorn (1980), y A Dutton en (1983)

Finalmente desde 1964 hasta la fecha se encuentran escritos de Mc Auliffe y Donabedian, donde exponen el contexto y las características de los estudios para evaluar la calidad de la atención médica. (15)

A pesar de los ya múltiples estudios que se encuentran a este respecto, aun se continua en la búsqueda de métodos mas fidedignos para evaluar la calidad de la atención, dado las grandes dificultades con que se tropieza al definir términos como "calidad de la atención", por no encontrar parámetros objetivos, por ahora sería prematuro hablar en términos universalmente aceptados.

Se realiza estudio de calidad de la atención en la clinica a Toluca en 1991 por la Dra. Paula Guadalupe Madrazo Gonzáles.

FALLA DE ORIGEN

MARCO CONCEPTUAL

Al hablar de evaluación de la calidad de la atención médica; se encuentra como primer problema de la mayoría de los autores, al definir los términos de "Atención médica" y "calidad" en lo cual hasta la fecha hay diversas opiniones a continuación describiremos la definición de atención médica propuesta por la OMS.

"Conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al mayor número posible de individuos y sus familias, los recursos del diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y fomentos de la salud"

Estos recursos son divididos en tres niveles de atención para su mejor aprovechamiento, todos ellos con características y material específico a su función, así tenemos:

PRIMER NIVEL: Se define como el conjunto de recursos con que cuenta el Sector Salud para tratar los padecimientos más frecuentes y no complicados de los individuos de una área geográfica determinada, sus principales funciones son: Prevención de las enfermedades, promoción de la salud y protección específica. Es el primer contacto de el paciente para ser introducido al Sistema de salud. Cuenta con unidades de medicina familiar perifericas, clínicas de medicina general y familiar, trabajadoras sociales, personal médico y de enfermería y personal administrativo. Utiliza métodos de laboratorio y radiológicos simples, para el apoyo de sus diagnósticos. (2)

SEGUNDO NIVEL: Es el conjunto de recursos con los que cuenta el sector salud para tratar oportuna y eficazmente los padecimientos poco frecuentes o complicados de los habitantes de una área determinada, cuenta con especialistas en las cuatro áreas básicas como son: Ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general, además personal de enfermería y personal administrativo. Cuenta con área de hospitalización y equipo específico (laboratorio y gabinete) como auxiliar diagnóstico. Y se encarga de la atención de los pacientes referidos del primer nivel de atención. (21)

TERCER NIVEL: Es el conjunto de recursos con los que cuenta el sector salud para tratar los padecimientos raros y/o muy complicados de la población de un área mayor en extensión, atiende a pacientes referidos del primer y segundo nivel, cuenta con médicos especialistas en todas las áreas, enfermeras especializadas, técnicos, personal administrativo, trabajadores sociales y cuenta con material y métodos de diagnóstico especializado. (21)

La dificultad para definir el término "calidad" radica en que no existen indicadores objetivos que reflejan lo que es la calidad en sí, así vemos que la mayoría de las definiciones que existen varían de acuerdo a quien la define:

Los profesionales de la salud.- Tienden a definir la "calidad" no en términos generales sino especificando en detalles las actividades clínicas de la atención al paciente y enfocando casi exclusivamente el manejo técnico.

FALLA DE ORIGEN

Los administradores.- Tienen a hablar de la calidad, acerca de la manera de como esta montada y dirigida a una clínica.

Los pacientes.- Hablan de la clínica y de la forma de como se comportan los médicos al interactuar con ellos, cuando se le pide que definan su "calidad".

Para Mc Auliffe: La calidad de atención se refiere conceptualmente al desempeño óptimo del Sistema de atención para producir el mejor resultado posible bajo las circunstancias imperantes.

Para Donabedian: La calidad, es una propiedad que la atención pueda tener en grandes variables, cuyo núcleo esencial es el balance de los beneficios y daños de la salud. Este autor divide a la atención médica en dos aspectos Principales:

1.- (Atención médica técnica;) que es la aplicación de las ciencias y la tecnología de la medicina y otras ciencias de la salud, al manejo de un problema de salud.

2.- (Atención interpersonal;) que es la interacción social y económica entre paciente y el facultativo.

El primero de estos aspectos ha sido llamado la "ciencia de la medicina" y el segundo su "arte", aunque esta terminología no esta universalmente aceptada, hay un acuerdo general acerca de la utilidad de distinguir entre estos dos aspectos de la atención, lo cual es de importancia fundamental para la definición individual de la calidad. Un tercer elemento de la atención, es lo que Donabedian menciona como "amenidades", que es el aspecto mas íntimo de los lugares en los que se presta la atención médica e incluye; sala de espera agradable y cómoda, cuarto de exploración a buena temperatura, sabanas limpias, teléfono a la mano, etc...

FALLA DE ORIGEN

"ENFOQUE PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION"

Hay tres enfoques principalmente para evaluar la calidad de la atención que son: ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS.

Existiendo una relación funcional entre los tres elementos, Donabedian los define de la siguiente manera:

1.- PROCESO: Es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales y pacientes. El proceso es el objeto primario de la evaluación la base para el juicio de la calidad, es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y el bienestar. Un juicio acerca de la calidad de dicho proceso puede hacerse ya sea por medio de la observación directa o a través de la revisión de información registrada, que permite una reconstrucción más o menos precisa de como están las cosas.

2.- ESTRUCTURA: Se entiende a las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. Es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación, pero como medio para evaluar la calidad de la atención de las estructuras solo puede indicar tendencias generales y es limitante por lo poco que se sabe acerca de la relación entre estructura y actuación. Por lo tanto la evaluación de la estructura es de bastante menos importancia, que la evaluación del proceso o del resultado. Es una medida indirecta de evaluación.

3.- RESULTADOS: Es otro enfoque indirecto para evaluar la calidad de la atención, significa el cambio del estado actual y futuro de la salud del paciente, que puede ser atribuido al antecedente de atención médica, incluyendo en la definición de salud el mejoramiento de la función social, psicológica y las actitudes del paciente (su satisfacción).

Parece paradójico definir la calidad de la atención en términos de cambio en su comportamiento relacionado con la salud, y sin embargo considerar estos cambios como una medida indirecta de la calidad de atención médica más que como la medida más directa de todas.

Cuando se observan cambios en el estado de salud, debe haber no solo una base anterior para suponer una posible relación con el antecedente de atención; a menudo se necesitan más averiguaciones, por lo menos para demostrar la ausencia de otros factores que puedan explicar los hallazgos, de preferencia junto con el tipo de cuidado que pueda explicarlos.

FALLA DE ORIGEN

"ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION"

Entre los atributos de mayor importancia de la calidad de la atención se mencionaran tres: ACCESIBILIDAD, CONTINUIDAD Y COORDINACION.

ACCESIBILIDAD. - Se define como la facilidad con que se inicia y mantiene la atención médica, implica una adaptación entre los proveedores y los pacientes que facilitan su unión y esta influida por la calidad, cantidad y el tipo de servicios recomendados por los profesionales y aceptados por el paciente, por la distribución social de los servicios y sus beneficios y por el costo de la atención.

CONTINUIDAD. - Se define a la falta de interrupción de la atención médica, su rasgo fundamental es la preservación de la información acerca de los hallazgos, evoluciones y decisiones pasadas, y el empleo de estos datos para el manejo presente.

COORDINACION. - Se llama a la secuencia de compartir dicha información entre un número de proveedores para lograr un esquema coherente de tratamiento.

Estos tres atributos se interrelacionan para variar el grado de calidad de la atención, definida en términos de los beneficios netos esperados, tal como los valora el paciente.

La atención médica definida en términos de los beneficios netos esperados, tal como los valora el paciente.

La atención médica definida como un proceso continuo en el que la organización y los recursos (estructura) influyen directamente en el tipo de actividades que se llevan a cabo para proveer la atención médica (proceso) y todo esto afecta los resultados de esa atención (resultados). La complejidad del sistema y la dificultad para diseñar estudios de evaluación que abarquen todos los componentes, han hecho que diferentes autores enfatizen mas en la estructura, el proceso o los resultados, pero no se pueden negar las interacciones que existen entre los tres componentes del sistema de atención, y como ya se menciono en los tres la principal dificultad estriba en encontrar los indicadores, criterios y estándares de calidad mas adecuada y realista.

Tratar de diseñar un modelo de evaluación de servicios de salud de contacto primario, implica la gran dificultad de incluir en este modelo todos los componentes que abarca el subsistema de atención primaria que la gran mayoría de las veces se evalúan de manera diferente por las características específicas de cada uno. Una manera tradicional de enfocar los aspectos de evaluación de calidad, sería tratando de adaptar el enfoque de sistema propuesto por Donabedian a las condiciones y necesidades específicas del subsistema que requiera evaluar, para identificar claramente el "que" se quiere evaluar y elegir los anteriores criterios de calidad mas adecuados para el problema que se quiere estudiar.

A medida en que la satisfacción del paciente es un juicio sobre la calidad de la atención, no forma parte de la definición de calidad de la atención; sin embargo, constituye la mejor representación de ciertos componentes de la definición, especialmente en aquellos que conciernen a las expectativas y valoraciones del paciente.

FALLA DE ORIGEN

En este dominio los pacientes, individual y colectivamente son los definidores primarios de lo que significa la calidad. A este respecto, es un fenómeno curiosamente complejo, en un sentido, la satisfacción del paciente corresponde a la curación de una herida o la compostura de un hueso. Cada función define un estado del paciente que es una consecuencia, mas bien que atributo de la atención. Como tal la satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo de la atención. La satisfacción del paciente, además de ser en si un objetivo y resultado de la atención, puede verse también como una contribución a otros objetivos y resultados, la satisfacción también influye sobre el acceso al cuidado, ya que es mas probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar la atención médica.

FALLA DE ORIGEN

"CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SERVICIOS"

Para evaluar la calidad de la atención médica, por medio de la satisfacción de los pacientes, se han realizado diversas investigaciones, obteniéndose varios modelos de cuestionarios, que se han venido modificando continuamente.

El cuestionario CSQ-8, junto con el cuestionario SCL-10, son escalas de cuestionarios SEQ (scale evaluation quality). Los estudios preliminares del CSQ-8, fueron realizados en la Universidad de California de los Estados Unidos de Norteamérica. Larsen y colaboradores en 1979, realizaron un cuestionario que incluía nueve puntos o dimensiones (los más importantes según la literatura revisada por ellos), que evalúa con nueve preguntas por cada dimensión, y por cada pregunta da cuatro contestaciones de las cuales ninguna es neutral. Este cuestionario se modifica posteriormente por expertos y profesionales de salud mental, obteniéndose un cuestionario que valora 31 aspectos, con tres preguntas por cada aspecto, teniendo como base este cuestionario se obtienen dos escalas evaluativas a saber: SCL-10- y CSQ-8.

El cuestionario CSQ-8, ha probado tener sólidas propiedades psicométricas a través del análisis factorial de los componentes del CSC-31, obteniéndose un 43% de la varianza total y un 75% de la varianza común. El cuestionario fue derivado de escoger en las preguntas del CSC-31, las ocho más altamente contestadas y con mejor correlación entre estas ocho preguntas y entre las del cuestionario CSC-31, encontrándose un 0.93 de coeficiente alfa, lo que indica que posee un alto grado de consistencia interna, probó también de manera exitosa ser un indicador global de la calidad de la atención.

En los estudios donde el CSQ-8, fue utilizado para detectar el nivel de satisfacción de los pacientes en relación con el uso de servicios y con el resultado de su tratamiento, mostró índices de consistencia interna de 0.92 y de 0.93 respectivamente, mostrando además, mayor nivel de satisfacción que no abandonan un programa prematuramente.

Larsen demostró que las respuestas que dan los pacientes al CSQ-8, no tienen relación significativa con factores demográficos tales como: sexo, edad, escolaridad, estado civil, clase social, percepciones económicas o con otros tratamientos recibidos con anterioridad en otros centros.

Se han observado también que la evaluación de satisfacción de los médicos en relación a su trabajo, se relaciona de igual manera con la satisfacción de sus propios pacientes y con la calidad de la atención prestada.

El cuestionario CSQ-8, se ha aplicado a pacientes de diferentes nacionalidades (Mexicanos, Anglosajones, Negros y Americanos), no encontrando diferencias en cuanto a su consistencia interna, coeficiente alfa y grado de correlación. Este estudio también se ha probado en otras partes del mundo como Holanda, mostrando resultados similares.

En resumen, el cuestionario CSQ-8, tiene las siguientes cualidades:

Es un cuestionario corto, son preguntas entendibles fácilmente tanto por los pacientes como por el personal médico y administrativo, es de fácil aplicación, posee un alto grado de

FALLA DE ORIGEN

consistencia interna (0,92), posee sólidas propiedades psicométricas, es un indicador global de la satisfacción de los pacientes y por lo tanto de la calidad de la atención médica. Este cuestionario no puede valorar el grado de satisfacción de pacientes en rasgos específicos o atributos de un programa, ya como se dijo en párrafos anteriores solo valora la calidad de la atención de una manera global, por medio de la satisfacción del usuario.

Por todas razones antes expuestas, pensamos que el cuestionario CSQ-8, es un buen instrumento para medir la calidad de la atención médica que se brinda en la consulta externa de la Clínica Hospital "A" de Toluca del ISSSTE, teniendo como parámetro, la satisfacción del usuario, por lo cual fue elegido como instrumento de medición en nuestro estudio.

FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

- 1.- Comparar la calidad de la atención médica. Antes y después del curso de Especialización de Medicina Familiar.
- 2.- Valorar el incremento de la calidad de atención médica que se brinda en el servicio de consulta externa de la Clínica-Hospital "A" Toluca del ISSSTE.
- 3.- Dar a conocer los resultados comparativos con estudios realizados antes del curso de especialización y después del curso de dicha especialización.
- 4.- Que sirva como antecedente de evaluación de la calidad de atención médica en dicha unidad.

FALLA DE ORIGEN

"JUSTIFICACIONES"

Son pocos los estudios que se han realizado en México que evalúen la calidad de atención médica en el área de la consulta externa.

La institucionalización de la atención médica, ha traído como consecuencia la deshumanización y mecanización de la relación médico-paciente, con la consecuente disminución de la calidad.

Siendo la consulta externa, la puerta de la introducción al sector salud, se hace imperativo evaluar la calidad de la atención médica en dichos servicios:

Antes de la iniciación del curso de Especialización de Medicina Familiar se realiza un estudio para valorar la calidad de la atención el cual será comparado con otro estudio realizado después del curso de especialización en el que se probara si el nivel de atención mejoró con la capacitación recibida por los médicos de la consulta externa.

FALLA DE ORIGEN

"DISEÑO DEL ESTUDIO"

"DISEÑO"

Se trata de una investigación social, de tipo observacional, prospectiva, transversal y descriptiva. Su fuente de información es primaria, por medio de encuestas a los usuarios.

CRITERIOS DE OBSERVACION

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Deberán ser usuarios de la consulta externa de la Clínica.
- Que sepan leer y escribir.
- Que tengan disposición para contestar la encuesta.
- Que se encuentren dentro de las edades entre los 18 a 55 años aproximadamente.
- Que tenga capacidad física y mental para resolver la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Analfabetas.
- Aquellos que no tengan disposición para resolver la encuesta.
- Personas del rango de edad de la inclusión pero con incapacidad física o mental.
- Personas que salgan del rango de edad establecido en los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Aquellos cuestionarios que hayan dejado incompletos al contestarlo.

FALLA DE ORIGEN!

LIMITE DE-ESPACIO

**"AREA DE LA CONSULTA EXTERNA
DE LA CLINICA-HOSPITAL
"A" TOLUCA
DEL ISSSTE"**

"MATERIAL Y METODOS"

METODOLOGIA

El cuestionario CSQ-8, será aplicado en su totalidad por los investigadores interesados en dicho estudio y por médico de la consulta externa de la clínica del ISSSTE en Toluca, previamente adiestrada para la aplicación de dicho cuestionario.

Se cuenta con la autorización por escrito del director de la clínica, para la realización de esta investigación.

Será una muestra aleatoria, tomada de la sala de espera del área de la consulta externa, de la clínica involucrada en el estudio, que constara de 330 unidades de observación, cuyo número muestral fue calculado según las formulas de Rojas Soriano para universos mayores de 10,000.

Se invitará a los usuarios a responder el cuestionario durante el tiempo de espera de su consulta. Se les informara de que objetivos se persiguen con este estudio. Se estará siempre uno de los investigadores o entrevistadores presente, para solucionar las dudas que pudieran surgir.

Se le pedirá a los pacientes que entreguen los cuestionarios antes de abandonar la Clínica.

Se contabilizará el puntaje de cada cuestionario, por medio de paloteo, para sacar el porcentaje de frecuencia.

Se tabulará por intervalos y se presentará en gráficas.

Se redactarán las conclusiones y el informe final.

Este estudio se llevo a cabo en los consultorios 1, 2 y 3, únicamente los que se encuentran en el curso de Especialización de Medicina Familiar.

FALLA DE ORIGEN

LIMITE DE TIEMPO

"EL PRESENTE ESTUDIO, SERA REALIZADO
DENTRO DEL PERIODO DE
AGOSTO A OCTUBRE DE 1994".

"A N E X O S"

EVALUACION DE SERVICIOS
CUESTIONARIO "CSQ-8"

Ayudenos a mejorar nuestro programa, contestando algunas preguntas sobre los servicios que usted haya recibido. Le agradecereamos su ayuda.

INSTRUCCIONES:

Marque con un círculo sus respuestas:

Edad _____ Estado civil _____ Sexo _____ F _____ M _____
Escolaridad: Ninguna _____ primaria _____ secundaria _____ profesional _____
Trabaja actualmente SI _____ NO _____

- 1.-¿ Como calificaría los servicios que ha recibido?
Excelente _____ Buenos _____ Regulares _____ pobres _____
- 2.-¿ Recibió la clase de servicios?
No, definitivamente _____ NO _____ Si, generalmente _____
Si, definitivamente _____
- 3.-¿Hasta que punto ha ayudado nuestra clinica a solucionar su problema?
En casi todos _____ En la mayor parte _____ Solo algunos _____
En ninguno _____
- 4.-Si un amigo (a) estuviera con necesidad de ayuda similar ¿le recomendaria nuestra clinica?
No, definitivamente _____ Creo que no _____ Creo que si _____
Si, definitivamente _____
- 5.-¿Que tan satisfecho esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?
Nada satisfecho _____ indiferente o moderada _____ satisfecho _____
Mayormente satisfecho _____ Muy satisfecho _____
- 6.-¿ Los servicios que ha recibido lo han ayudado a tratar de mejorar sus problemas?
Si, me ayudaron mucho _____ Si me ayudaron algo _____
Realmente no me ayudaron _____ No para hacer las cosas peor _____

FALLA DE ORIGEN

7.-En general, ¿Que tan satisfecho esta usted con los servicios que ha recibido?

Muy satisfecho_____

Mayormente satisfecho_____

Indiferente o moderadamente satisfecho_____

No muy satisfecho_____

8.-¿Si necesita ayuda otra vez volveria a nuestra clinica?

NO definitivamente NO_____

NO_____

Si, generalmente si_____

Si, definitivamente_____

COMENTARIOS: Si tiene alguna sugerencia o comentario que hacer, escribalo al reverso de esta hoja.
Gracias por su cooperaci3n.

FALLA DE ORIGEN

"RESULTADOS"

PREGUNTA No. 1

¿COMO CALIFICARIA LOS SERVICIOS QUE RECIBIO?

RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
EXCELENTE	145	37.1 %	4.0 %
BUENOS	174	44.6 %	16.0 %
REGULARES	50	12.8 %	57.0 %
POBRES	21	5.3 %	23.0 %
TOTAL	390	100.0 %	

FUENTE DIRECTA DE LA CLINICA A TOLUCA ISSSTE 1994

PREGUNTA No 2

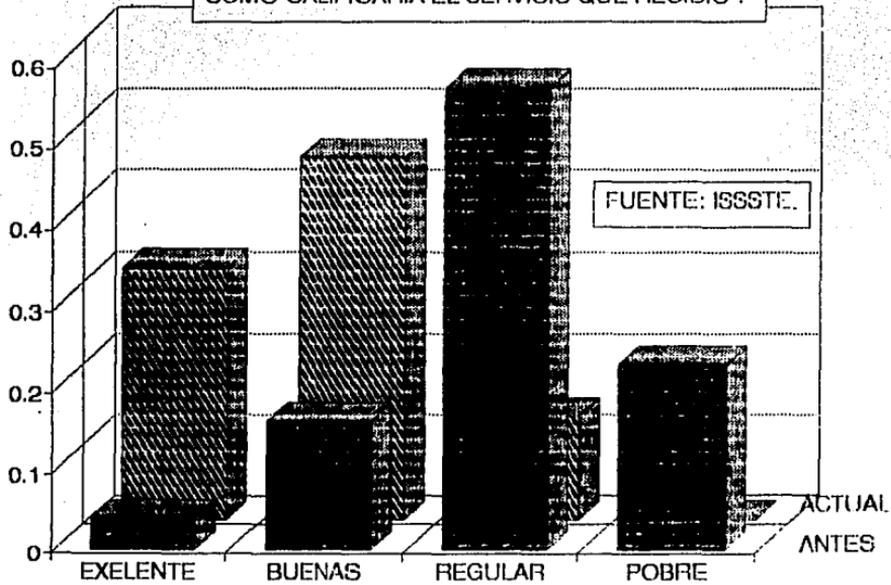
¿RECIBIO LA CLASE DE SERVICIOS QUE QUERIA?

RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
NO, DEFINITIVAMENTE NO	39	10.0 %	44.2 %
NO	40	10.2 %	35.7 %
SI, GENERALMENTE	158	40.2 %	12.1 %
SI, DEFINITIVAMENTE	153	39.2 %	8.0 %
TOTAL	390	100.0 %	

FUENTE DIRECTA DE LA CLINICA A TOLUCA ISSSTE 1994

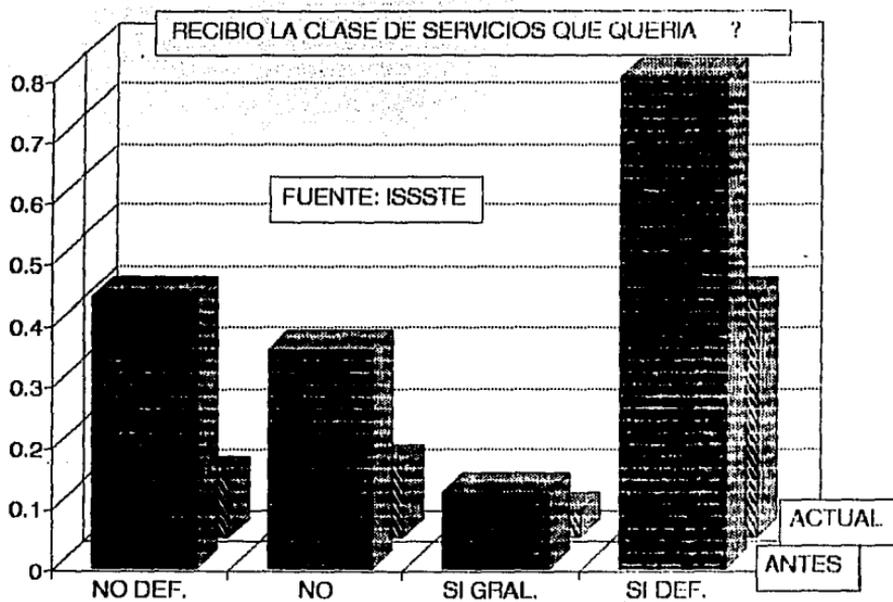
FALLA DE ORIGEN

COMO CALIFICARIA EL SERVICIO QUE RECIBIO ?



FUENTE: ISSSTE.

FALLA DE ORIGEN



FALLA DE ORIGEN

PREGUNTA No 3

¿HASTA QUE PUNTO HA AYUDADO NUESTRA CLINICA A SOLUCIONAR SUS PROBLEMAS?

RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
EN CASI TODOS	108	26.6 %	7.3%
EN LA MAYOR PARTE	183	46.9 %	12.7 %
SOLO EN ALGUNOS	84	21.5 %	56.4 %
EN NINGUNO	15	3.8 %	23.6 %
TOTAL	390	100.0 %	

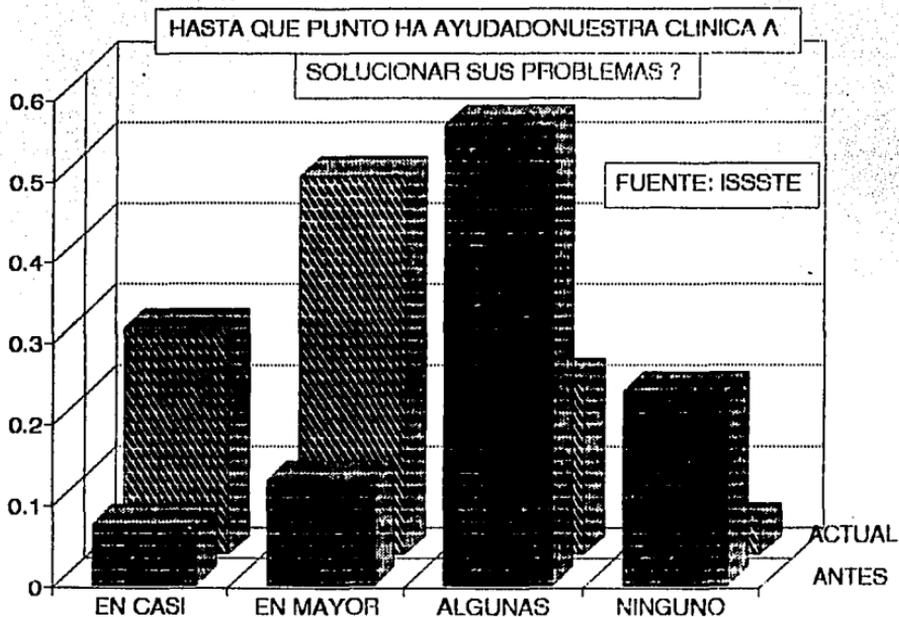
PREGUNTA No 4

¿SI UN AMIGO (A) ESTUVIERA EN LA NECESIDAD DE AYUDA SIMILAR, LE RECOMENDARIA NUESTRA CLINICA?

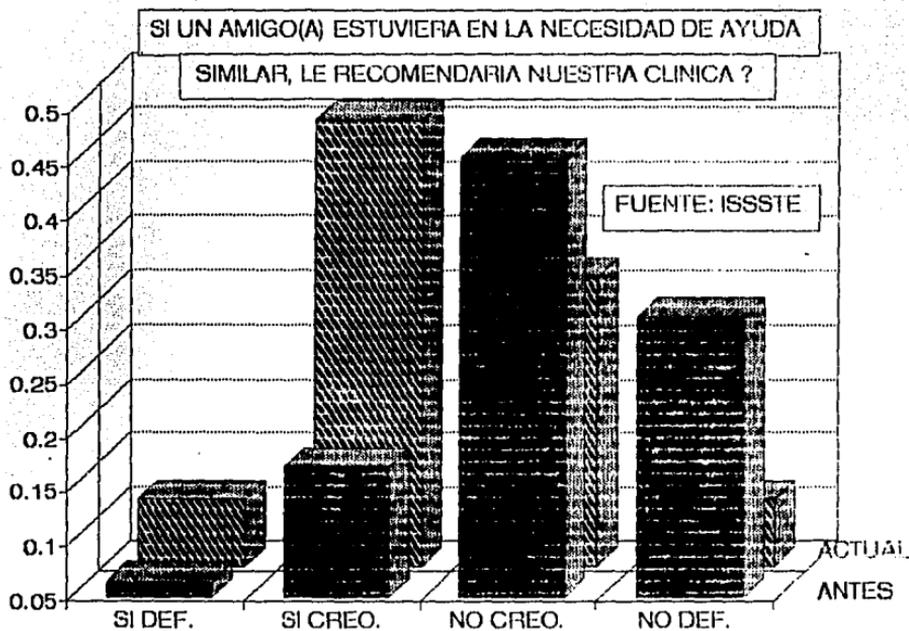
RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
SI, DEFINITIVAMENTE	44	11.2 %	6.4 %
SI, CREO QUE SI	180	46.1 %	17.0 %
NO, CREO QUE NO	122	31.8 %	45.5 %
NO DEFINITIVAMENTE	44	11.2 %	31.0 %

FUENTE DIRECTA DE LA CLINICA HOSPITAL A TOLUCA ISSSTE 1994

FALLA DE ORIGEN



FALLA DE ORIGEN



FALLA DE ORIGEN

PREGUNTA No 5

¿QUE TAN SATISFECHO ESTA USTED CON LA CANTIDAD DE AYUDA QUE HA RECIBIDO?

RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
MUY SATISFECHO	64	16.4 %	4.0 %
MAYORMENTE SATISFECHO	166	42.5 %	12.0 %
INDIFERENTE O MODERADAMENTE SATISFECHO	133	34.1 %	37.0 %
NADA SATISFECHO	27	6.9 %	47.0 %
TOTAL	390	100.0 %	

FUENTE DIRECTA DE LA CLINICA HOSPITAL A TOLUCA ISSSTE 1994

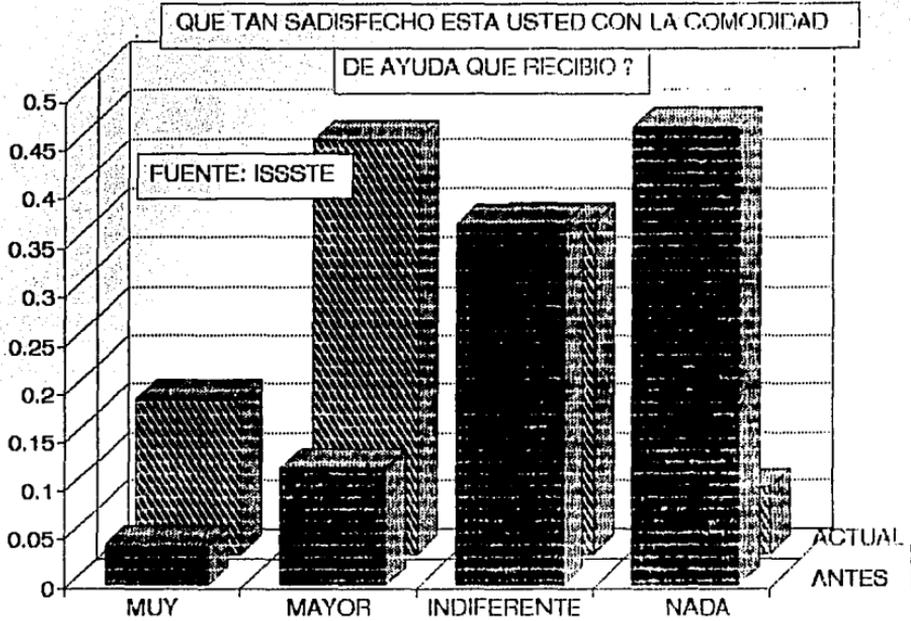
PREGUNTA No 6

¿LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO LE HAN AYUDADO A TRATAR DE MEJORAR SUS PROBLEMAS?

RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
SI, ME AYUDARON MUCHO	112	28.7 %	6.0 %
SI, ME AYUDARON ALGO	199	51.0 %	22.0 %
NO, REALMENTE NO ME AYUDARON	48	12.3 %	39.0 %
NO PODRIAN HACER LAS PEOR	31	7.9 %	33.0 %
TOTAL	390	100.0 %	

FUENTE DIRECTA DE LA CLINICA A TOLUCA ISSSTE 1994

FALLA DE ORIGEN

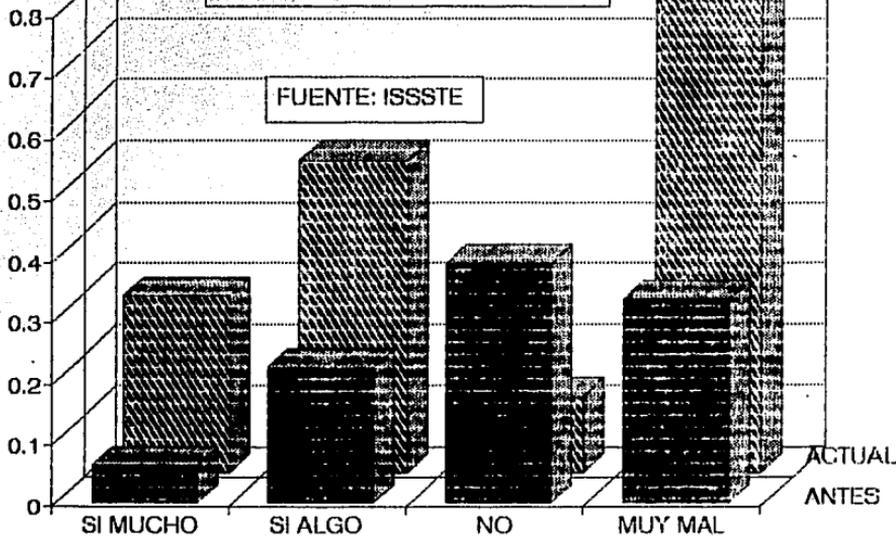


FALTA DE ORIGEN

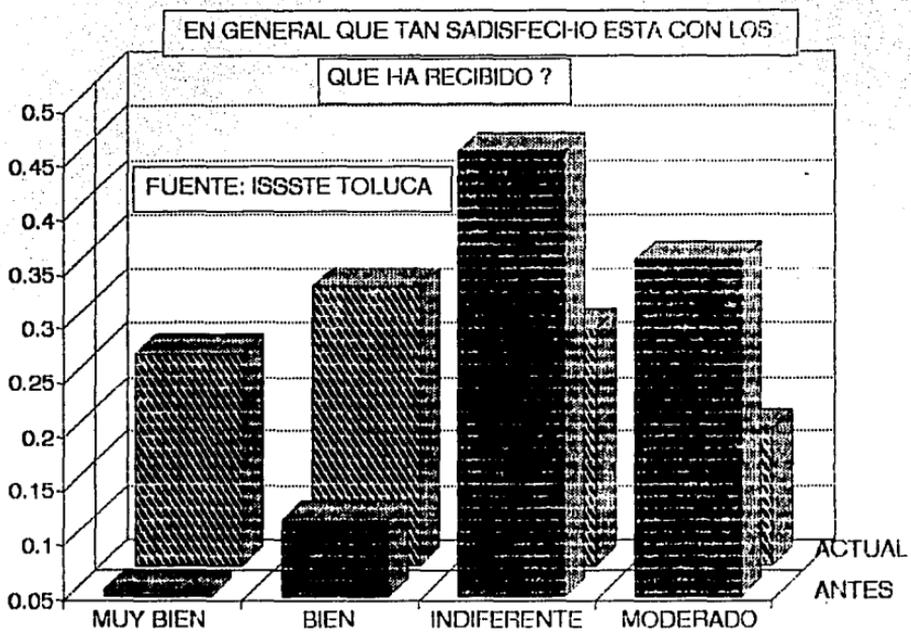
LOS SERVICIOS QUE HA RESIBIDO LE HAN AYUDADO HA TRATAR

DE MEJORAR SUS PROBLEMAS ?

FUENTE: ISSSTE



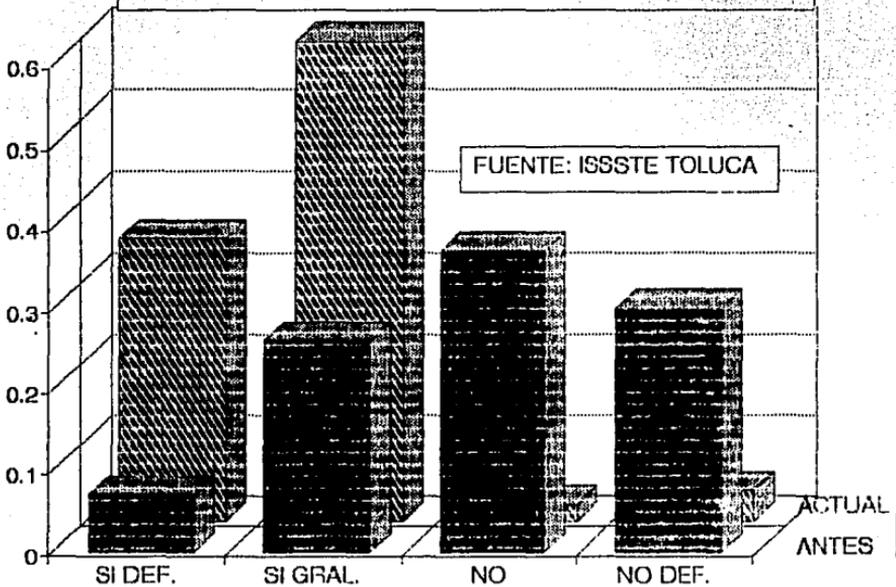
FALLA DE ORIGEN



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

FALLA DE ORIGEN

SI NECESITARA AYUDA OTRA VEZ VOLVERIA A LA CLINICA ?



CUESTIONARIOS SCQ-8

Los resultados de los cuestionarios CSQ-8, se valoran de la siguiente manera:

Se otorga un puntaje de 1 a 4 por cada respuesta; Malo, Regular, Bueno y Excelente respectivamente, se suma el puntaje obtenido de las 8 preguntas y se relaciona de la siguiente manera.

PUNTAJE	CALIDAD
8 - 14	POBRE
15 - 20	REGULAR
21 - 26	BUENO
27 - 32	EXCELENTE.

ANALISIS POR PUNTAJE

ESTUDIO ACTUAL

PUNTAJE	N°DE PACIENTES	PORCENTAJE	CALIDAD
8 - 14	0	0%	POBRE
15 - 20	32	8.2%	REGULAR
21 - 26	210	53.0%	BUENA
27 - 32	148	37.8%	EXCELENTE

ESTUDIO ANTERIOR

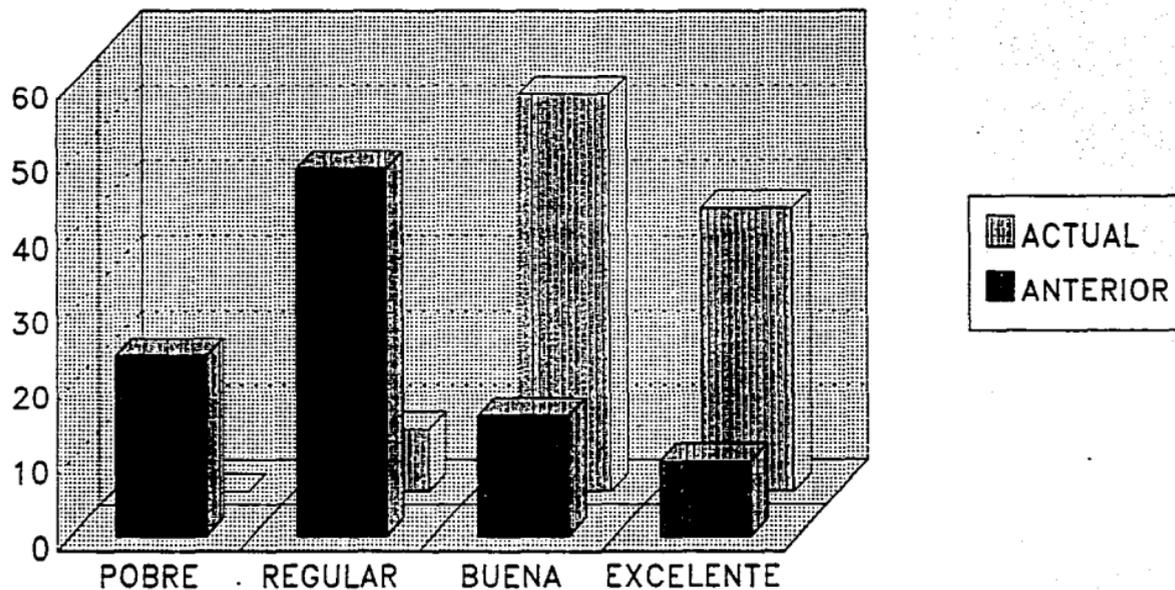
PUNTAJE	N°DE PACIENTES	PORCENTAJE	CALIDAD
8 - 14	80	24.2%	POBRE
15 - 20	163	49.4%	REGULAR
21 - 26	54	16.4%	BUENA
27 - 32	33	10.0%	EXCELENTE

*Fte. obtenida del articulo The evaluation ranking scale. Gregory C. Pascoe y C. Clifford Attikson. Vol 6 pp 335, 1989.

ANALISIS POR PUNTAJE.

FUENTE: I.S.S.S.T.E. TOLUCA.

PORCENTAJE.



CALIDAD DE ATENCION MEDICA.

PREGUNTA No 7

¿EN GENERAL QUE TAN SATISFECHO ESTA USTED CON LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO?

RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
MUY SATISFECHO	96	24.6 %	5.5 %
SATISFECHO	120	30.7 %	12.0 %
INDIFERENTE O MODERADA MENTE SATISFECHO	105	26.9 %	46.5 %
NADA SATISFECHO	69	17.6 %	36.0 %
TOTAL	390	100.0 %	

FUENTE DIRECTA DE LA CLINICA A TOLUCA ISSSTE 1994

PREGUNTA No 8

¿SI NECESITA AYUDA OTRA VEZ, VOLVERIA A NUESTRA CLINICA?

RESPUESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE	ESTUDIO ANTERIOR
SI, DEFINITIVAMENTE	136	34.8 %	7.0 %
SI, GENERALMENTE	232	59.4 %	26.0 %
NO	8	2.0 %	37.0 %
DEFINITIVAMENTE NO	14	3.8 %	30.0 %
TOTAL	390	100.0 %	

FUENTE DIRECTA DE LA CLINICA A TOLUCA ISSSTE 1994.

CONCLUSIONES

Se corrobora la hipótesis ya que el porcentaje comparado con el estudio anterior aumento de manera importante la calidad de atención en el servicio de la consulta externa con la capacitación que recibieron los médicos de la consulta externa.

La calidad de la atención médica que se esta brindando actualmente es de buena calidad en la Clínica-Hospital a Toluca del ISSSTE.

La satisfacción del paciente aumento considerablemente en relación al estudio anterior.

Es imperativo que todos los médicos de la consulta externa que no ingresaron al curso lo hagan para que con eso aumente todavía mas la calidad de la atención al derechohabiente.

Es importante tomar medidas para que esta capacitación sea de manera continúa y el nivel de la calidad de atención no vuelva a decaer.

Es conveniente darlo a conocer a todo el servicio.

Es importante que se siga monitorizando la evaluación de la calidad de la atención para que esto estimule al trabajador del Instituto.

FALLA DE ORIGEN

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- 1.- Que se siga la consulta por goteo y cita.
- 2.- Que se continúe e inicie en los demás médicos la capacitación incluyendo al personal administrativo.
- 3.- Que se continúe iniciando la consulta sin retraso.
- 4.- Que se otorgue medicamento suficiente y adecuado para cada tratamiento.
- 5.- Que se invite a todo el personal de la clínica a que sea mas cordial con el derechohabiente.
- 6.- Que se establezcan estímulos efectivos con el cambio que se ha conseguido mejorando la calidad de la atención en los consultorios que son atendidos por médicos especialistas en Medicina Familiar.
- 7.- Se dará a conocer a los directivos el cambio para que tomen medidas en la capacitación continua del Médico Especializado en Medicina Familiar.

FALLA DE ORIGEN

ORGANIZACION

El crédito del presente trabajo, que se considera un 100 % será dividido de la siguiente manera:

Se recibe apoyo de todos los médicos que se encuentran en el curso de Especialización de Medicina Familiar para la realización de la encuesta.

INVESTIGADORES

DIRECTOR: Dra. Paula Guadalupe Madrazo Gonzalez.
Coordinadora del curso de especialidad de Medicina Familiar.
Médico Especialista en Medicina Familiar.

TESISTA: Dra. Ma. Esther Duran Aldana
RII de la Especialidad de Medicina Familiar.

FALLA DE ORIGEN

FINANCIAMIENTO

El costo total de la investigación, correa a cargo de la interesada en dicho estudio, se calcula un monto de N\$ 2,000.00, que se emplearan en gastos de recolección de la información, viáticos estenciles, tarjetas para fichas bibliográficas, impresión del trabajo y papelería en general.

FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- J.W. Lapatra, PATIENT VIEWPOINT OF THE QUALITY OF MEDICAL SERVICE HEALTH CARE DELIVERY SYSTEM, Ed, Charles C, Tonica, 1975.
- 2.- José Narro Robles LA RELACION MEDICO-PACIENTE COMO MODELO DE INVESTIGACION, Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, Vol, XXII año 22 No. 7; 1979
- 3.- Clifford Attkisson, MEASURING THE QUALITY OF MEDICAL CARE PROCESS Vs OUTCOME, Milbank memorial found quarterly, Health and Society 57, (1): P 118 - 152, EEUU, 1979.
- 4.- William G, Smith, Dan Buesching, PRIMARY MEDICAL CARE AND HEALTH OUTCOME, Evaluation and Health poff, 8 (3) EEUU, sept, 1980.
- 5.- Stamp and Finkelsein J, B, STATISICAL ANALISIS OF ATTITUDE SCALE TO MEASURE PATIENTE SATISFACTION EHIT MEDICAL CARE, Medical care, 19 pp 1108 - 1135, EEUU, 1981.
- 6.- Gregory C, Pascoe and C Clifford Attkisson, COMPARATION OF INDIRECT AND DIRECT APROCHES TO MEASURING PATIENT SATISFACTION, Evaluation and Program planning; pp 359 - 371 EEUU; 1983.
- 7.- Akpovi Samuel; et, al, GUINEA WORM CONTROL: TESTING THE EFFICASY OF HEALTH EDUCATION IN PRIMARY CARE, International Journal of health education, Vol 24 No, 4 pp 229 - 237, Francia, 1981.
- 8.- Masi, Dale A, Teems Lisa. A. EMPLOYEE CONSULTING SERVICES EVALUATION OF AND PLANING. International Journal. Vol. No. 1, pp.1 - 6 EEUU. 1983.
- 9.- Tuan D., Nguyen, C. Clifford A. et. al. ASSEMENT OF PATIENT SAAATISFACTION: DEVELOPMENT AND REFINEMT OF A SERVICE EVALUATION QUESTIONNAIRE. Evaluation and program planning. Vol 6 pp. 134 - 229 EEUU, 1983.
- 10.- Gregory C. Pascoe. PATIENT SATISFACTION IN PRIMARY HEAL CARE: A LITERATURE REVIEW AND ANALISIS. Evaluation and program planing. Vol. 6: pp. 185 - 204. EEUU, 1983.
- 11.- Henk de Brey. A GROSE NATIONAL VALIDATION OF CLIENT SATISFACTION DUCHT EXPERIENCE. Evaluation and program planing. No. 6, pp 395 - 400, EEUU. 1983.

12.- Gregory C. Pascoe and Clifford Attkisson. THE EVALUATION RANKING SCALE: A NEW METHODOLOGY FOR ASSESSING SATISFACTION. Evaluation and Program Planning. No. 6, pp. 335 -347. EEUU., 1983.

13.- Nguyen, Tuan D., et. al. ASSESSMENT OF PATIENT SATISFACTION: DEVELOPMENT AND REFINEMENT OF A SERVICE EVALUATION QUESTIONNAIRE. Evaluation and program planning. International Journal. Vol 6, No 34 pp 229 - 313 EEUU. 1983.

14.- Robert E., Gregory E. Pascoe, Clifford Attkisson. RELATION OF SERVICE SATISFACTION TO LIFE SATISFACTION AND WELLBEING. Evaluation and program Planning No. 6 pp 373 - 383. EEUU 1983.

15.- Avedis Donavedian. BENEFICIOS EN LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA MEDICA. INSS. pp. 17-55. México, 1983.

16.- Alkin and Lewis. et. al. THE COST AND EVALUATION. Evaluation and program planning. International Journal. Vol. 7, No. 1, pp 105 - 106 EEUU. 1984.

17.- Avedis Donavedian. LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA. Ed. La prensa Médica Mexicana., pp 1 - 13, México 1984.

18.- Cecil H. Helman. COMMUNICATION IN PRIMARY CARE: THE ROLE OF PATIENT AND PRACTITIONER EXPLANATORY MODELS, Soc. Sci. Med, 20 (9), pp 923 - 931. EEUU., 1985.

19.- Lechuga Mariano. RESISTENCIA DE LA EVALUACION, Educación para adultos, Vol. 3, No 1 Ene-mar, pp, 63 - 66, Mé. 1985.

20.- Pear S, James A. THE NATURE OF EXPLANATION IN QUALITATIVE EVALUATION: Evaluation and the health professions. Vol. 8, No 2, pp 129 - 147, june, EEUU, 1985.

21.- Publicaciones Técnicas de Medicina Preventiva y Social. LOS NIVELES DE ATENCION MEDICA; Universidad Autónoma de México. Facultad de Medicina. pp. 129 - 137 Méx. 1985.

22.- Fresnedo Villégas, M. LA EVALUACION EN SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION. Contaduría y administración, No. 139, pp. 5 - 19. México. 1985.

23.- Harold A. Levin. QUALITY OF CARE RELATION SHIPS TO QUALITY EDUCATION. Evaluation and program Planning, No 6, pp. 401 - 413, EEUU 1987.

24.- Robert E. and Clifford Attkison. ASSESSING CLIENT SATISFACTION AMONG HISPANIC, Evaluation and program planing, No 6, pp 401 - 413, EEUU 1987.

25.- Donavedian A, LA INVESTIGACION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA. Salud pública; 30, pp, 663 - 690, México 1988.

26.- De Geyndt W. SINOPSIS DE LOS PLANTEAMIENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE, Salud pública 28, pp 221 - 229, México, 1986.

27.- Soberón G. Martucelli-Quintana J, Alvarez-Manilla JM, LA IMPLANTACION DE ESTRATEGIAS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD EN MEXICO: salud pública; 30, PP, 683 - 690, México 1988.

28.- Alvarez-Manzanilla JM, ATENCION PRIMARIA A LA SALUD: Salud pública, 30, pp 676 - 682. México 1988.

29.- Ruelas-Barajas E. Vidal-Pineda LM. UNIDAD DE GARANTIA DE CALIDAD: ESTRATEGIA PARA ASEGURAR NIVELES OPTIMOS EN LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA: Salud pública. 32, pp 225 - 231, México, 1990.

30.- Jessee WF, GARANTIA DE CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE ESTADOS UNIDOS Salud pública 32, pp 131 - 137. México, 1990,

31.- Donavedian A. LA DIMENSION INTERNACIONAL DE LA EVALUACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD: Salud pública. 32 pp 113 - 117 México. 1990.

32.- Reerink E. GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION A LA SALUD EN LOS PAISES BAJOS Salud pública. 32, pp 118 - 130, México 1990.

33.- Ruelas-Barajas E. TRANSICIONES INDISPENSABLES: DE LA CANTIDAD A LA CALIDAD Y DE LA EVALUACION A LA GARANTIA: Salud pública. vol. 32, No 2, marzo-abril, México 1990.

34.- Laguna-Calderón J., Salina-Oviedo C MEJORIA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL: Salud pública, 32, pp 221 - 224. México 1990.