



11226

98
2g.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR I.S.S.S.T.E.
CULIACÁN, SINALOA

“ CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR ”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN ALBERTO LÓPEZ PORTILLO SOSA.

CULIACÁN, SINALOA., 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

280970



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“ CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR”**


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

PRESENTA:

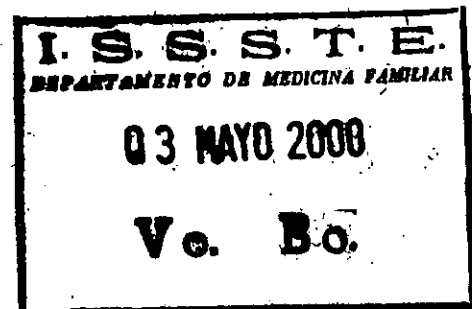
DR. JUAN ALBERTO LÓPEZ PORTILLO SOSA.

AUTORIZACIONES


**DRA. MA. DE LOS ANGELES ALVAREZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR
SEDE I. S. S. S. T. E. QULIACÁN, SINALOA.**


**DRA. MARÍA DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**


**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I. S. S. S. T. E.**



**"CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR"**

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

PRESENTA:

DR. JUAN ALBERTO LÓPEZ PORTILLO SOSA.

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. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR
U. N. A.M.**

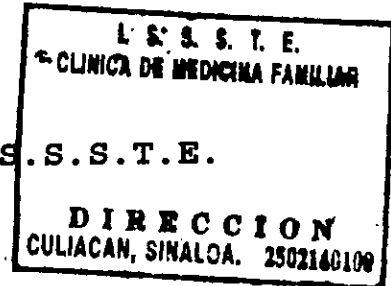


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR I.S.S.S.T.E.
CULIACÁN, SINALOA



"CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN ALBERTO LÓPEZ PORTILLO SOSA.

CULIACAN, SINALOA., 1995

I N D I C E

MARCO DE REFERENCIA TEORICO.....	PAG. 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	PAG. 27
JUSTIFICACION.....	PAG. 29
OBJETIVOS.....	PAG. 32
HIPOTESIS.....	PAG. 33
ASPECTOS ETICOS.....	PAG. 43
RESULTADOS.....	PAG. 44
ANALISIS DE RESULTADOS.....	PAG. 56
CONCLUSIONES.....	PAG. 58
BIBLIOGRAFIA.....	PAG. 60
ANEXOS.	

MARCO DE REFERENCIA TEORICO

ANTECEDENTES DE EVALUACION DE LA ATENCION MEDICA.

Florence Nightingale, en 1865 durante la guerra de Crimea, se preocupó por medir lo que sucedía en los hospitales de campaña del ejército Inglés y concluyó afirmando que se podrían mejorar las leyes que gobiernan la enfermedad si se relacionaban con los resultados obtenidos del uso de la terapéutica dada. Además, proponía la recolección rutinaria de información sobre pacientes dados de alta. Groves, comparaba en 1908 la mortalidad operativa para ciertas operaciones en 27 hospitales Británicos.

Al comenzar este siglo E.A. Codman, médico norteamericano, consideraba que la atención médica se pagaba en base a la limpieza del hospital o consultorio, por la belleza arquitectónica, por la cortesía del personal y otras variables similares, pero no por la eficacia de la atención médica, por lo que proponía un análisis final de resultados para ser implantado en el Hospital General de Massachusetts.

En 1933, Lee y Jones definen lo que es un correcto ejercicio de un sistema de atención médica, al cual definen de la siguiente manera: "Buena atención médica es la clase de práctica médica que realizan y enseñan los líderes de la profesión médica en una época dada, acorde con el desarrollo social, cultural y profesional en una comunidad. Se basa en el uso racional de la ciencia, pone énfasis en la prevención; la colaboración entre legos y profesionales; considera al individuo integralmente; obliga a una relación cercana médico-paciente; se coordina con grupos de trabajo social y con todos los tipos de servicios médicos; se basa en las necesidades sociales de la población a la que sirve".[1]

LOS ENFOQUES ACTUALES.

El Colegio Americano de Cirujanos inició en 1940 algunos estudios encaminados a evaluar resultados de las acciones médicas e implantó un comité de tejidos, seguido de uno para evaluar el uso de antibióticos, y otro para conocer la utilidad de las transfusiones. En 1953 creó el grupo llamado "Professional Activity Study" (PAS) para integrar datos clínicos en los expedientes que apoyaran a los comités. Dado que la idea pareció significativa y trascendente, otros colegios se unieron al programa PAS en 1955, con lo que se convirtió en un programa nacional. Esa unión también alcanzó a todos los comités, los cuales se integraron en un sistema de auditoría médica.

Así llegamos a la década de los años sesenta en que se produce una verdadera avalancha de estudios, publicaciones y discusiones sobre la evaluación, que llevan a la implantación de nuevos programas que intentan una mejor comprensión de esta idea.

En 1965 el Medicare norteamericano inicia un programa para revisar la utilización de los servicios por medio de una revisión escrutadora grupal.

Como la empresa privada funciona con el objetivo básico de obtener una ganancia, ésta se convierte en un claro indicador. Así, el objetivo explícito, que es definido en la fase de planeación se mide varias veces durante el proceso y de acuerdo con los conceptos clásicos de Fayol y sus seguidores forma parte del control.

Kenneth Williams presentó un proyecto el año de 1971 en el cual proponía que la población pidiera cuentas a los sistemas de atención médica acerca de los resultados obtenidos con los recursos a su disposición. Ese año también se fundó la Organización Experimental para la Revisión de la Atención Médica (EMCRO: Experimental Medical

Care Review Organization).

En 1972 la American Hospital Association inició un programa sobre la Certeza de la Calidad (Quality Assurance Program) que no solo tiene relación con la medición de la calidad, sino también con la providencias que se deben tomar para mejorarla.

Antes de que terminara 1972, el Congreso aprobó la ley pública 92-603 que dió origen a la Organización para la Revisión de Estándares Profesionales (PSRO: Professional Standards Review Organization) que obliga a los médicos a organizar grupos que lleven a cabo supervisión de actividades, conducción de revisiones, certificaciones y en general estudios de evaluación de la atención médica impartida a pacientes que son financiados por el gobierno, en hospitales de corta estancia.

El EMCRO desarrolló métodos innovativos para resumir datos a bajo costo de los expedientes, en diferentes unidades de atención médica.

Uno de los programas del EMCRO evaluados después de cuatro años demostró que a pesar de la retórica, no hubo impacto en el costo y que algunas acciones aumentaron, tales como el número de consultas, prescripciones y exámenes de laboratorio. Solo hubo disminución en el número de inyecciones aplicadas a los pacientes. Pero lo importante es que la calidad sí mejoró.

ANTECEDENTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.

Los pasados veinte años representan un período de progreso memorable en la evolución de la calidad, Así pues, se debe ahora sacar en conclusión que: hacia 1964 habían echado cimientos casi todos los principales enfoques de la evaluación de la calidad; lamentablemente, aunque se hayan cuestionado sistemáticamente, algunos de los aspectos fundamentales de la evaluación de la calidad aún no se

han tocado, o se han especificado de manera incorrecta.[2]

Los primeros trabajos sobre la calidad de la atención se estructuraron en la descripción de variables de estructura y medición a través de indicadores de insumo. La presencia o no de recursos no es suficiente para explicar la calidad, el énfasis se fué trasladando hacia las variables de proceso y posteriormente a variables de resultado.

En la actualidad se cuenta con una variada gama de enfoques y métodos que permiten relacionar resultados con sus antecedentes independientes de proceso y estructura.

Interesa analizar no solo los procesos incorporados en la estructura de los servicios de salud, sino también incorporar las variables de comportamiento individual y de los sistemas culturales, que tienen un papel preponderante en los resultados de salud.

Lo malo de muchas de las soluciones propuestas es que se fundamentan sobre otras consideraciones, dejando de lado las necesidades de los pacientes. Ello ocurre en nuestros países como consecuencia de doble circunstancia: por una parte, de la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para toda la población, sino solo para aquella que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar, pero estrechamente relacionada con lo anterior, entran las consideraciones de costos, de modo que la Atención Primaria de Salud (APS) se diseña como forma de disminuir el gasto social para la salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema.

Lo más importante a dilucidar con respecto a la APS es si se trata de una función primaria o primitiva, es decir, si sus

establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no depende de una definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial.

Puede calificarse como servicios de bajo costo a aquellos programas de obra barata para ofrecer servicios: 1) que no integren satisfactoriamente los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y 2) que no aporte a la comunidad la capacitación necesaria para adquirir una mayor autonomía con respecto a la vigilancia de su propia salud, pero, 3) que transfieren a la población empobrecida la responsabilidad de resolver sus problemas. En tales circunstancias, la población está de hecho recibiendo servicios de corte convencional, pero a menor costo y de menor calidad.

La calidad puede definirse esencialmente "conformidad con normas" y la calidad de la atención médica, como "el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras a la salud". También podríamos expresar que la calidad de atención médica es la característica que esperaríamos recibir de las instituciones de salud al atendernos como pacientes o bien a nuestros familiares.

La calidad consta de : Estructura, o sea la suma de elementos humanos, materiales y organizacionales; Proceso, o lo que el equipo de salud hace por los pacientes y lo que estos hacen por sí mismos; y resultados, que es lo que el paciente obtiene de los servicios de salud.

Los tres actores involucrados en la calidad de la atención

médica son: La institución, los usuarios y los trabajadores que imparten los servicios de salud.

Los usuarios, por su parte aspiran a recibir servicios con oportunidad, cortesía y amabilidad e información suficiente, que las unidades médicas cuenten con personal y elementos de trabajo, que el proceso de la atención se realice óptimamente y la ausencia de complicaciones.

Los pacientes son extremadamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos.

Todo programa que aspire a mejorar la calidad de los servicios de salud, debe incluir la mejoría de sueldos y prestaciones, que han sido vulnerados por la crisis económica de la última década, principalmente los últimos años.

Es necesario que haya sincretismo entre la calidad de la atención médica y la calidad de los servicios administrativos. Es ilusorio pretender mejorar la calidad de la atención de un hospital o clínica de medicina familiar, si su administración es poco eficaz.

SISTEMAS DE SALUD.

Los servicios de salud que se presten deben de ser en beneficio de los usuarios, es decir, de la población en su conjunto y "toda discusión acerca de sus acciones, tiene que iniciarse con los intereses de la sociedad y del paciente al que intentan servir".

Algunos consideran a la salud la auténtica infraestructura de la felicidad. Por esta razón se le proclama como un derecho de

todos, ya que los individuos aportan su energía física e intelectual a la dinámica económica y social del Estado. Hasta aquí en forma resumida, lo declarado por los Ministros de Salud del Continente en 1972.

La atención médica la consideramos como el proceso que tiene que ver con la enfermedad, desde su prevención cuando es posible, o si no lo fuera, su diagnóstico, tratamiento control y rehabilitación.

Al hablar de Sistemas de Salud, debemos recordar que un sistema es un todo organizado o complejo integrado por elementos que se relacionan directa o indirectamente, para dar un resultado que es diferente a la simple suma de sus partes. Los elementos pueden ser conceptos, objetos o sujetos; o sea que el sistema puede ser un agregado de entidades vivas o no.

Un Sistema de Salud: es todo un complejo integrado por una variedad de elementos diversos, sociales, políticos, económicos genéticos, administrativos, tecnológicos, etc., con interrelaciones directas o indirectas que dan por resultado un estado de bienestar bio-psico-social a la población en su conjunto.

Un Sistema de Atención Médica integra valores sociales con elementos técnicos, económicos y sociales para prevenir como curar, controlar o paliar la enfermedad y la rehabilitación pertinente.

Los diversos sistemas oficiales tienen un financiamiento diferente y por lo mismo, hay unos que tienen más recursos que otros y se organizan para atender a diversos grupos de la población, aunque no siempre centran su interés en el paciente.

El sistema existe para atender y beneficiar a la sociedad y su foco de interés es el paciente. Sin embargo, no se puede olvidar que los proveedores de los servicios tienen necesidades de seguridad, sociales y de reconocimiento que son válidas y no deben ser menospreciadas.

Los pacientes necesitan médicos que les den confianza y les aseguren que los padecimientos triviales son en realidad eso; que puedan atender eficazmente los problemas de enfermedad que razonablemente deben curarse; y que sean capaces de orientar y estimular medidas para mantener o promover la salud.

Los servicios de atención médica tienen el propósito fundamental de curar cuando es posible, y si no lo fuera, de atender con respeto, tolerancia, cariño y comprensión a parientes y familiares.

Un análisis de sistemas podría intentar la evaluación de todos los elementos que lo componen, con lo cual estaría asegurando su inutilidad, pues su número es enorme y sus relaciones sumamente complejas. Por tanto, es importante definir unas pocas áreas críticas en aspectos técnicos, administrativos, económicos o de relaciones humanas conectados con cinco temas fundamentales: disponibilidad, acceso, aceptación, calidad y costos.

Los servicios de atención médica deben ser integrales, pero este concepto tiene varias acepciones, la más frecuente propone la prevención de enfermedades, educación para la salud, tratamiento oportuno en el nivel adecuado, y rehabilitación. Otra interpretación del término integral se refiere a que cubra a toda la población; y un tercer significado tiene relación con el

tipo de problemas médicos que se va a atender, señalando que los deseable es que cubra lo necesario, ya que no es posible que se pueda atender con un alto estándar toda la demanda. Dado los recursos disponibles se tiene que escoger entre mayor acceso o más calidad.

Dado que los recursos son insuficientes para atender todas las demandas, se tienen que aplicar donde tengan mayor impacto.

Recordar que es imposible asegurar el acceso de la totalidad de la población a todos los servicios con el máximo estándar de actuación, pues el nivel terciario de la atención médica se limita debido a su costo y al reducido número de médicos que alcanza las habilidades y destreza necesarias para trabajar en esa escala técnica.

El costo por servicio aumenta día a día por diversos factores, inflación, tecnología, especialización, etc.

Todo servicio es pagado por la sociedad, y en el caso de la medicina comercial-competitiva, por el individuo. Sin embargo, el sistema debe asegurar la disponibilidad y el acceso haciendo gratis la atención al momento de uso.

Hacer gratis el acceso en el momento de uso asegura la posibilidad de que la población por igual puede llegar a la atención primaria y se le satisfaga, o neutralicen sus expectativas razonables sin tomar en cuenta edad, sexo, raza, religión, etc.

Todo sistema de atención médica trata de que la población esté satisfecha con los servicios que presta. Dado que los legos carecen de conocimientos para juzgar los aspectos técnicos de la práctica profesional relacionada con el diagnóstico y el

tratamiento, sus juicios se relacionan con el trato humanístico que reciben. Las variables más importantes a este respecto son: una comunicación clara al explicar el problema por el cual han consultado; la posibilidad de tomar decisiones en razón de diversas alternativas que les sean planteadas por el médico; el grado de respeto, tolerancia y comprensión que demuestre el proveedor de servicios, la aceptación del médico de que el paciente tiene el derecho de buscar otras opiniones y de rechazar la alternativa de tratamiento que le ha sido propuesta.

Se dice que los proveedores de salud aceptan menos responsabilidades cada día, lo cual es consecuencia de la defensa que hacen los sindicatos, no sólo de las condiciones laborales de los agremiados, sino también de la limitación del esfuerzo físico e intelectual. [4]

REFLEXIONES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN MEXICO.

Cuantos no conocemos ejemplos de complicaciones que nunca debieron de haber ocurrido; haciendo énfasis de que no se habla de aquellas situaciones de alto riesgo en donde las complicaciones son esperables, o de la muerte de los pacientes críticamente graves en los que, a pesar del mejor esfuerzo médico, ocurre; se habla de aquello que diariamente vemos sin mirar, de negligencia médica, de negligencia administrativa, de negligencia política y de paupérrimos y mal manejados presupuestos que resultan en muertes prematuras y en exagerados sufrimientos por motivos inicialmente económicos pero finalmente médicos.

¿Cómo funcionan nuestros hospitales? ¿Quién vigila este funcionamiento? ¿Quién vigila la investigación biomédica realizada en humanos? ¿Qué calidad de atención médica estamos

brindando?. Mucho se ha escrito de la calidad médica en México sin la participación de nosotros los médicos que trabajamos directamente con los pacientes; es tema de largos escritos y de congresos, cuyos autores son médicos alejados de la atención clínica, y sus evaluaciones serán por tanto alejadas de la realidad. En otros países, principalmente en E.U.A., la evaluación de calidad de la atención médica es una rutina obligatoria introducida en algunos hospitales por la presión de los consumidores y la presión legal y económica del sistema en su totalidad. En México no existe esa presión; nuestros pacientes no tienen educación médica, y si la tienen, es muy pobre y en consecuencia asumen la enfermedad, los diagnósticos o las complicaciones y la muerte sin cuestionar al médico o a las instituciones. En estas circunstancias nuestra responsabilidad como médicos es enorme puesto que no tenemos ese control externo y tenemos entonces que trabajar siendo lúcidamente conscientes de estos defectos y siendo más estrictos con nosotros mismos. Es necesario que en nuestra práctica organicemos estructuras que continuamente evalúen nuestro quehacer de una manera crítica y positiva lo antes posible, antes de que un afanado escribano pretenda señalarnos reglamentos y objetivos poco sustantivos.[4]

CRITERIOS ACERCA DE EVALUACION.

Habitualmente el término "evaluación", a pesar de su extendida popularidad, se le define muy pobremente y se le usa impropriamente. Mas serio que esta vaguedad de definición es la ausencia de una comprensión clara de los requerimientos básicos de la investigación evaluativa.

El término "evaluar" viene del francés EVALUER, y del latín

VALERE y se refiere a valorar, atribuir cierto valor o mérito a una cosa. Un estudio cuidadoso del término "evaluación" en la literatura revela una mezcla intrincada de definiciones conceptuales y definiciones operacionales.

Las definiciones conceptuales no intentan ninguna formalidad lógica sino más bien ofrecen una lista de características descriptivas de evaluación, como proceso cognocitivo y afectivo.

Las definiciones operacionales se concentran en los propósitos de evaluación y procedimientos involucrados en el estudio de la misma.

La Asociación Americana de Salud Pública (APHA) ofrece la siguiente definición, la cual tiene componentes conceptuales y operacionales: EVALUACION es el proceso de determinar el valor o cuantía de éxito en alcanzar un objetivo predeterminado. Incluye al menos los siguientes pasos: Formulación de objetivos, identificación de criterios adecuados a ser usados en la medición, determinación y explicación del grado de éxito, la elaboración de recomendaciones para actividades en el futuro.

RELACION ENTRE CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD.

Frenk, Ruelas y Donabedian propusieron tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: Eficiencia clínica, eficiencia de producción y servicios, y eficiencia general.

La eficiencia clínica se refiere concretamente a la producción de salud y se define como el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonablemente posible. Está definida por :

a) La pertinencia de las decisiones clínicas.

- b) Las habilidades y destrezas para llevar a cabo la estrategia establecida.
- c) El grado de autonomía clínica con respecto a los demás profesionales que interactúan en el proceso de atención.

La eficiencia de producción y servicios, se refiere al diseño más adecuado del proceso de producción de servicio, de manera que los servicios especificados por una determinada estrategia de atención puedan lograrse al menor costo posible. La relación con la calidad es directa en tanto que de esta también depende el alcance entre beneficios y riesgos, aún cuando este tipo de eficiencia no es un componente persé de la calidad, como lo es la eficiencia clínica.

La eficiencia general tiene como productos, políticas y servicios de soporte, y depende, como la eficiencia clínica de:

- a) Las decisiones generales.
- b) Habilidades para dirigir la organización.
- c) La autonomía general relativa.

La relación entre este último tipo y la calidad es directa.

De los tres primeros, la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen directamente en esta.

Al mejorar la calidad necesariamente se tiende a un incremento en la productividad. Existe una aparente relación recíproca entre calidad y productividad-eficiencia. La eficiencia influye en la calidad y esta, a su vez, en la eficiencia.

La garantía de calidad tradicional en la atención a la salud se caracteriza por:

- El desarrollo de estándares y de criterios para evaluar la

calidad de atención.

- La supervisión del apego a estos estándares y criterios.
- Una perspectiva profesional (médica); en donde el control de calidad es visto como la cura de las insuficiencias del proceso de la atención.
- Un abordaje de inspección de resultados cuyo énfasis está en la estructura, en la presencia de elementos negativos del proceso y en la defección de resultados indeseables.
- Una relación estrecha con actividades como la evaluación de la tecnología o la inspección de aspectos financieros de la atención a la salud.[6]

LA GARANTIA DE CALIDAD MODERNA EN LA ATENCION A LA SALUD

Partiendo de la crítica hecha a la garantía de calidad médica tradicional, se ha desarrollado una garantía de calidad moderna en la atención a la salud, que se caracteriza por:

- Definición de la calidad en un sentido preferencial, como "adecuación al uso".
- Uso de teorías y modelos del comercio y la industria (proceso-control).
- Enfoque en el usuario (interno o externo) en el proceso de atención a la salud.
- Énfasis en el análisis del proceso en vez de la simple inspección.
- Mejoramiento de los procesos de atención por medio de la modificación de percepciones de las diferentes partes involucradas.

Las enseñanzas del comercio y la industria se usan para diseñar sistemas de garantía de calidad más efectivos en atención

a la salud. Estas podrían proveer una teoría sólida sobre la cual puede basarse la garantía de calidad médica moderna.

Por supuesto, en la aplicación de modelos industriales hay que tomar en cuenta las diferencias entre el campo de atención a la salud, el comercio y la industria. Las diferencias importantes en carácter, estructura y financiamiento son:

- El carácter no lucrativo de los servicios de atención a la salud.
- El papel de los profesionales en la provisión de los servicios de atención a la salud (autonomía relativa de los médicos).
- El papel de los usuarios.
- El uso de indicadores de mercado (satisfacción del paciente).
- Los mecanismos de pago (pago indirecto de los pacientes; compañías aseguradoras serían usadas como intermediarias).

En la garantía de calidad médica tradicional, se dá énfasis a las diferencias entre la industria y atención a la salud, y se intenta inventar mecanismos propios pero al igual que las diferencias, las semejanzas son importantes. El servicio es un aspecto relevante para la atención a la salud en todos los niveles, desde la entrada al hospital hasta la entrevista con el médico.

Lo que es aún más importante es que el paciente o el proveedor, basa su juicio, en gran parte, en los aspectos del servicio. Lo que perciben del servicio será lo que llamen "calidad de la atención". La naturaleza interactiva de los servicios profesionales y su producción y consumo simultáneo,

ponen de manifiesto la necesidad de analizar las percepciones de todas las partes involucradas en el servicio.[7]

CONTINUIDAD Y CAMBIO EN LA BUSQUEDA DE LA CALIDAD

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

Sin embargo el sistema de atención a la salud difiere de la necesidad que existe de acomodar dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade, a la vez riqueza y tensiones internas a la deficiencia de calidad de atención a la salud.

Con respecto a los individuos, no solo somos proveedores de satisfacción; quizá porque los pacientes no están con frecuencia capacitados para distinguir entre una atención buena o mala. Nosotros tenemos una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que nos parezca más adecuada. Es verdad que ello nos puede conducir al paternalismo, al autoritarismo e inclusive a la arrogancia y que son peligros que deben evitarse a toda costa. Pero el imperativo moral permanece: Cuidar el interés de los pacientes, incluso a costa de sus propios deseos.

Los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social,

importar si procede de profesionales, de técnicos, o de los propios pacientes o sus familiares. Como resultado, los cuidados técnicos que proveen los médicos a los pacientes en forma individual emergen como la preocupación más importante, la cual ha sido tachada por los críticos, justificadamente, como "limitada". Es una deficiencia que cabría reconocer y remediar rápidamente.

En el campo de la atención a la salud, el desarrollo de un producto está sometido a la evolución tecnológica; y nosotros somos incapaces de corregir un servicio una vez que se ha presentado. Por otra parte, sí podemos evitar que se brinde un mal servicio si disponemos con antelación de información al respecto.[8]

CALIDAD TOTAL EN LA ATENCION HOSPITALARIA.

La evaluación de la calidad de la atención por mucho tiempo encontró en el expediente clínico la principal fuente de información; argumentos normativos para su realización, para la correcta integración del expediente clínico y numerosos trabajos de investigación como resultado de los procesos evaluatorios. Sin embargo, Este procedimiento se enfrentó permanentemente a diversos problemas, tales como la dificultad de asignar valores numéricos a elementos eminentemente cualitativos de la atención médica y la incongruencia que con frecuencia se presentaba entre un expediente muy bien calificado y resultados deficientes de la atención o insatisfacción de el paciente o sus familiares.

El establecimiento de un diagnóstico situacional por medio de procedimientos evaluatorios, permite la identificación de problemas que afectan la calidad, la eficiencia o la satisfacción

de los usuarios.

La calidad de atención consiste en otorgar al usuario conforme a las normas, los conocimientos médicos y la tecnología vigentes en cada hospital, con accesibilidad a los servicios, oportunidad, trata personalizado y amable, información sobre el proceso y resultados de atención, que permiten al usuario y al prestador de servicios mejorar la calidad de su vida. Asimismo, la evaluación, garantía y acreditación de calidad de atención médica es el análisis metodológico que permite determinar las características del proceso, de sus resultados y de la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario.[13]

EVALUACION DEL PROCESO DE LA ATENCION MEDICA.

Está constituida por las actividades que relaciona al prestador de servicios con el usuario y comprende los siguientes elementos: oportunidad de atención médica, atención médica integral, satisfacción del prestador de servicios, enseñanza, capacitación del personal e investigación.

La oportunidad de atención médica puede ser conceptualizada como el otorgamiento de los servicios en el momento en que se requieran y comprende: accesibilidad a los mismos, diferimiento de la atención y tiempo que tiene que esperar el usuario.

Los resultados de la atención incluyen cinco elementos para evaluar: capacidad resolutive del servicio, morbilidad, mortalidad, satisfacción del usuario y productividad y resultados de los programas de acción.[13]

METODOLOGIA PARA LA EVALUACION DE CALIDAD DE ATENCION MEDICA.

La evaluación de la calidad de la atención médica se basa en investigación y análisis de: indicadores institucionales,

encuestas de opinión y revisión del expediente clínico.

Como elementos determinantes de la calidad con que se otorga el proceso de atención se considera: la oportunidad, la atención integral del paciente y la satisfacción del prestador de servicios en el desempeño de sus actividades. Como elementos inherentes a la calidad con que se otorga el proceso de la atención en las unidades médicas, deben considerarse los aspectos relacionados con la enseñanza a la salud.

La accesibilidad a los establecimientos de salud en el primer nivel, debe ser menos de 60 minutos y el tiempo de espera en la sala hasta el inicio de la consulta de menos de 30 minutos en consultas programadas y hasta 150 minutos cuando el usuario no tiene cita.

La calidad de la atención médica se ha centrado por muchos años en la evaluación del expediente clínico, contando con un apoyo importante con los comités de mortalidad, tejidos, detección, prevención y control de enfermedades hospitalarias, evaluación del expediente clínico e investigación.[13]

LA SATISFACCION LABORAL Y SU PAPEL EN LA EVALUACION DE CALIDAD DE ATENCION MEDICA.

En el desarrollo de las acciones para mejorar la calidad deben considerarse tanto la monotonía y la evaluación, como los principios y desarrollo de cambio organizacional, la finalidad de modificar las variables de comportamiento y desempeño laboral, establecer el sentido de pertenencia e identidad institucional y fomentar actividades positivas en ambientes organizacionales más adecuados.

En los países latinoamericanos las relaciones interpersonales prevalecen sobre la dimensión técnica de la calidad, siendo mayor el reto, siendo que se emplean sistemas de países industrializados, enfocados principalmente a la mejoría de los procesos técnicos. Diseñar y establecer instrumentos propios de evaluación congruentes con nuestra realidad, favorecen la participación en la búsqueda de la calidad.

La evaluación de la calidad a través de diversos aspectos , generalmente indirectos y subjetivos, ha generado la dificultad para interrelacionar las categorías de estructura-proceso y resultados.

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones , es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como un factor determinante de la calidad de la atención, esta aportación se aplica a los modelos de evaluación de los servicios de salud.

Diferentes estudios comprobaron que los motivadores más eficaces son los intrínsecos del trabajo mismo. Desde luego que, los extrínsecos, como el salario, son un incentivo importante utilizado fundamentalmente en la industria, aunque también se demostró que con frecuencia no tiene las características de motivación que se le atribuye.

La calidad de la prestación de servicios puede enfocarse a las expectativas de la institución en términos de oportunidad, costos, morbilidad, mortalidad y ausencia de quejas. Las del trabajador serían en términos de satisfacción laboral, equipo e instrumental apropiados, reconocimiento de sus superiores y remuneración adecuada a su nivel. Los pacientes, por su parte

esperan cortesía, privacidad, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficientes.

Aunque cada uno de los enfoques es diferente, existe una concordancia entre los tres elementos (institución, trabajadores y pacientes), lo cual permite que puedan ser analizados en forma integral.[9]

EL ELEMENTO INTERPERSONAL DE LA ATENCION MEDICA.

El abuso de los recursos tecnológicos puede afectar negativamente la calidad médica, esto ocurre cuando el médico sustituye o minimiza la relación interpersonal en favor de un paquete de estudios paraclínicos o gabinete, que además de significar una costosa erogación para el paciente o la institución, impide un acercamiento clínico más intenso entre ambos.

El elemento de la atención médica llamado relación interpersonal, se define como "relación médico-paciente". Los subcomponentes de la relación interpersonal son:

EL VINCULO CONTRACTUAL: Es la forma como se establece el contrato entre el solicitante y el otorgante del servicio médico, y puede ser directo, indirecto o institucionalizado.

EL ESCENARIO CLINICO: Es la serie de aspectos que en conjunto proporcionan o no un sentimiento de bienestar y comodidad del paciente, los más comunes son: el medio ambiente, la privacidad durante la consulta, la actitud del personal auxiliar, la cordialidad, la formalidad, la cortesía, etc. Por sí mismas, las partes del escenario clínico pueden favorecer o desmerecer la calidad de la atención, pero no son determinantes en el deterioro

o excelencia con que se otorga el servicio.

Por estas y otras características, la práctica médica institucional genera una serie de actitudes cuyo resultado final es deficiente, ¿cuales son?:

- Por especial que sea el desempeño del médico, sabe que su prestigio profesional no se incrementará de manera correspondiente a su esfuerzo.

- Por lo general limita el tiempo de la consulta, pues debe compensar la cuota disminuida de sus honorarios.

Todas estas circunstancias del vinculo contractual indirecto, tienden a menoscavar la calidad de la atención al paciente.

TRATO PATERNALISTA: Aquí el médico asume un papel semejante a l de un padre de familia, en tanto que el paciente queda ubicado como el hijo.

De manera análoga al escenario familiar en el que el padre cuida y orienta a los hijos, en el escenario clínico el médico conduce a los pacientes con estas mismas actitudes. Por lo general emplea un tono afectuoso y a menudo usa palabras de aliento. Suele tutear al paciente y a veces le demuestra solidaridad y afecto. Si la paciente es mujer, el médico llega a emplear diminutivos hogareños y suele explicarle los datos de su enfermedad y de sus causas y advirtiendole siempre de las maniobras exploratorias que realizará.[10]

LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN MEXICO.

Evoluciona la manifestación mas concreta de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención en México puede identificarse a partir de 1956, cuando en el hospital "La Rosa del I.M.S.S., se inició de manera extraoficial la revisión de

expedientes clínicos formalizándose en 1972.

En la década de los 70 se inician auditorías médicas en el IMSS, ISSSTE y DIF.

Destaca en los 80 la realización de un estudio sobre satisfacción de usuarios y prestadores de servicios de salud del ISSSTE, publicado por la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud en 1982. En 1985 surge la primera experiencia de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología.

En 1989 se creó la unidad de estudios sobre la calidad de la atención a la salud en el Instituto Nacional de Salud Pública, que empezó a impulsar la educación sobre el tema y a proporcionar asesores a instituciones públicas y privadas. [21]

Concretándose finalmente en un documento producto de la participación interinstitucional del sector salud y publicado por la Secretaría de Salud en 1992 como "Manual de evaluación de la calidad de la atención médica".[17]

EXPECTATIVAS DE CALIDAD

La calidad en la prestación de servicios puede enfocarse a las expectativas a la institución en términos de oportunidad, costos, morbilidad, mortalidad y ausencia de quejas. Las del trabajador serían en términos de satisfacción laboral, equipo e instrumental apropiadas, reconocimiento de sus superiores y remuneración adecuada a su nivel. Los pacientes por su parte, esperan cortesía, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, privacidad, información media completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficiente.[9,17]

DEFINICION DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Son múltiples las definiciones generadas al respecto desde que

Lee y Jones lo conceptualizaban como buena atención en 1933 hasta la definición clásica contemporánea desarrollada por Donabedian mencionando que la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados y la define como " La obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes". [16]

Calidad evaluable según el propio Donabedian en tres elementos principalmente que son:

1.- Estructura

2.- Proceso

3.- Resultado de elementos que constituyen las variables de estudio de la presente investigación y que serán definidos en su momento posteriormente. [16]

¿Qué es el ISSSTE?

Es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, encargado de la prestación de Servicios de Seguridad Social a los trabajadores del Estado.

Se constituye como tal en Diciembre 19598, iniciando actividades en nuestro Estado en 1960.

En el Estado de Sinaloa presta sus servicios médicos por medio de un Hospital Regional , 2 Clínicas Hospitalares, una Clínica Medicina Familiar (dónde llevamos a cabo nuestro estudio) y 36 Unidades de Medicina Familiar.

No encontramos publicados ningún estudio que midan la calidad de la atención médica en alguna Unidad Médica del ISSSTE en nuestro Estado de Sinaloa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Podemos decir que la calidad de atención médica (CAM), representa la satisfacción de las necesidades de salud y las características en la presentación del servicio, en relación con las características del derechohabiente (DH), del prestador de servicios (empleados) y de la misma institución (ISSSTE en nuestro caso). Esto quiere decir que al hablar de CAM, no nos estamos refiriendo al logro de los objetivos programáticos (eficiencia), sino a la satisfacción del usuario y a la resolución de sus demandas de carácter médico.

Aunque se refiere constantemente que las instituciones del Sector Salud tienen como propósito fundamental el mejorar y mantener la calidad de los servicios médicos que reciben los derechohabientes, a 20 años de mencionar y practicar la investigación sobre la CAM, se siguen observando discrepancias entre el servicio que se otorga y las expectativas del usuario.

La CAM es un aspecto en el cual nuestro país ha mostrado interés, sobre todo posterior a que México fué sede del Congreso Mundial y Simposium Internacional de Garantía de Calidad, en Mayo de 1992, después de haberse desarrollado en varios países de Europa, Australia y Estados Unidos; con una participación muy importante de países de América Latina.

Por lo anterior expuesto se decide estudiar la CAM en una Clínica de Medicina Familiar de acuerdo a los factores descritos por Abedis Donabedian, en cuanto a estructura, proceso y resultado. Por lo tanto, nos encontramos con el siguiente problema a resolver:

¿CUAL ES EL NIVEL DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA QUE SE BRINDA
EN EL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE EN CULIACAN, SINALOA?

JUSTIFICACION

A medida que pueblo y gobierno adquieren mayor conciencia de que existe una variada gama de problemas y necesidades que afectan la prestación de servicios de salud; problemas y necesidades como la propia burocratización, extensión de cobertura, crisis económica, ausentismo laboral, improvisación en diferentes puestos de mando, etc., surge un creciente interés por evaluar la eficiencia, efectividad y distribución de los beneficios derivados de las prestaciones de salud. Este interés ocupa lugares prioritarios cada vez más altos cuando se habla de políticas sociales de salud.

No debemos olvidar que tenemos la necesidad, mayor en estos momentos de crisis, de lograr una administración eficiente de los recursos y a la vez la satisfacción de los usuarios con los beneficios recibidos en nuestras instituciones de salud.

Mejorar y mantener la calidad de los servicios médicos que reciben los derechohabientes, es el propósito fundamental de todas las instituciones de salud.

La presente administración del ISSSTE, conciente de este compromiso en su afán de poder lograr la calidad total de la atención médica, implementa medidas tendientes a este ideal.

La modernización de actividades inherentes a la atención a la salud, tiene carácter prioritario dentro del proceso de modernización integral del ISSSTE.

Aunque , paradójicamente, a pesar del referido propósito de las instituciones de salud por mejorar la calidad de la atención médica y ocupar un carácter prioritario en nuestro Instituto; las investigaciones de la literatura al respecto nos reflejan que no se

ha generalizado la aplicación metodológica y constante de la investigación del nivel de calidad con que se está actuando; y que obedece a distintos factores, entre los que destacan que:

- a) Existe una gran cantidad de prestadores de servicios del área de la salud para quienes es muy difícil lograr una buena calidad con recursos limitados.
- b) Existen directivos que anteponen "institucionalmente" el logro de los objetivos programáticos, aún a costa de la insatisfacción del usuario y del prestador de servicios.

En base a lo anterior, y tomando en cuenta que en nuestras Unidades Médicas a nivel Estado, no se cuenta con una evaluación de la CAM, motivo por el cual nos hemos propuesto con esta investigación determinar los factores que están participando positiva y negativamente en la calidad con que se imparte la atención médica en nuestra Clínica de Medicina Familiar, siguiendo la metodología de evaluación de calidad de atención médica a través del estudio de:

- a) Estructura.
- b) Proceso.
- c) Resultado, e incidir en ellos positivamente y con el conocimiento pleno del propio trabajador de la salud.

Con todo ello, pretendemos contar con los elementos necesarios que nos permitan crear una conciencia real de otorgar un servicio de salud de calidad en todos aquellos trabajadores de nuestra clínica y despertar el interés de la importancia que representa el trabajador de la salud en la mejoría del nivel de vida y salud de los derechohabientes de nuestra Institución. Por otro lado, despertar el interés en las autoridades de evaluar

periodicamente y de manera objetiva a través de instrumentos probados científicamente el nivel de calidad de la atención médica que se brinda en sus Unidades Médicas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el nivel de Calidad de Atención Médica que se brinda en la Clínica de Medicina Familiar (CMF) del ISSSTE en Culiacán, Sinaloa., durante el turno matutino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

_ Determinar la opinión de los trabajadores usuarios del servicio de Consulta Externa, respecto a la Calidad de la Atención Médica que se otorga en la Clínica de Medicina Familiar en el turno matutino, a través de la aplicación de una encuesta.

_ Determinar la opinión de los trabajadores de la salud de la Clínica Medicina Familiar respecto a la Calidad de Atención Médica que se brinda en la misma durante el turno matutino, a través de la aplicación de una encuesta.

_ Identificar los componentes de la Estructura de la Clínica Medicina Familiar del ISSSTE en Culiacán, Sinaloa., mediante la elaboración de un cuestionario.

HIPOTESIS

No se consideran necesarias suposiciones alternativas al problema.

HIPOTESIS

TIPO DE INVESTIGACION:

Se llevó a cabo una investigación de tipo Observacional, Descriptiva y Transversal, a través de un estudio de Encuesta Descriptiva.

UNIVERSO:

POBLACION:

A).-Derechohabientes de la Consulta Externa de la Clínica Medicina Ffamiliar, ISSSTE, Culiacán, Sinaloa.

2).- Trabajadores de la salud de la Clínica Medicina Familiar, ISSSTE Culiacán, Sinaloa.

LUGAR:

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones de la Clínica Medicina Familiar ISSSTE, ubicada en calle Alianza y Calzada Heróico colegio Militar S/N en colonia 5 de Mayo de Culiacán, Sinaloa.

TIEMPO:

El estudio se realizó en un período aproximado de 12 meses que comprendió de febrero de 1995 a Enero de 1996, desde su planificación al informe final de resultados.

DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION:

¿Qué es el ISSSTE?

Es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, encargado de la prestación de servicios de Seguridad Social a los trabajadores del Estado.

DERECHOHABIENTE. Es el trabajador y su familia afiliados al régimen de seguridad social del ISSSTE con derecho a los servicios y a las prestaciones que la misma ley ^{que} del ISSSTE establece.

TRABAJADOR DE LA SALUD. Es toda persona profesional, técnico o personal auxiliar de la salud, que actuando sobre las personas en forma directa promueve la salud, la prevención de enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral.

CLINICA DE NMEDICINA FAMILIAR. Constituye el primer nivel de atención médica y es la puerta de entrada al sistema de salud del ISSSTE, cuenta con los satisfactores básicos de calidad igualitaria para todos los derechohabientes. Brinda atención oportuna, suficiente y de alta calidad, capaz de resolver los problemas de salud, ya que en éste nivel se encuentra el cuerpo médico preparado para detectar y en su caso, curar los inicios de cualquier enfermedad.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó el tamaño de la muestra en base a los recursos humanos, materiales y financieros con que contamos y al tiempo disponible para la realización del estudio.

Se consideró poder aplicar un total de 6 cuestionarios diariamente en los tres meses programados (59 días hábiles), resultando una muestra de 354 derechohabientes. Para los

trabajadores de la salud se determinó encuestar a 23 de un total de 30 trabajadores (77%), del turno matutino aplicando un cuestionario diariamente en el tiempo ya programado.

La selección de la muestra de derechohabientes se llevó a cabo mediante un muestreo probabilístico bietápico, seleccionando al azar los consultorios y de sus listas al azar los pacientes a encuestar, y la selección de la muestra de los trabajadores de la salud se hará mediante un muestreo aleatorio simple, en base al listado de plazas.

CRITERIOS DE SELECCION:

CRITERIOS DE INCLUSION:

1.- Del derechohabiente:

- a).- Edad. Se considerarán los grupos heteróneos de mayor demanda de consulta comprendidos entre los 20 a 45 años de edad.
- b).- Que fueran trabajadores (as) y/o esposas adscritos a Clínica Medicina Familiar y que se encontraran afiliados en el departamento de vigencia de derechos.
- c).- Se consideró el número de veces que el derechohabiente hubiera demandado consulta, tomando como mínimo aquel que demandó 3 consultas o más en el último año.

2.- Del trabajador de Clínica Medicina Familiar:

- a).- Ser médico y/o enfermera de base, o suplentes con más de un año de antigüedad laborando en la Clínica Medicina Familiar.
- b).- No gozar permiso sin goce de sueldo durante el último año.
- c).- Laborar en el turno matutino.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.- Del derechohabiente.

- a).- Todo aquel derechohabiente pensionado o jubilado.
- b).- Todo derechohabiente que no acepte voluntariamente la aplicación del cuestionario en su totalidad.
- c).- Todo derechohabiente con algún problema psiquiátrico o con alguna toxicomanía evidente.

2.- Del trabajador de Clínica Medicina Familiar.

- a).- Aquellos trabajadores que por motivos de vacaciones, permisos con goce de sueldo e incapacidades médicas no se estuvieran ausentes de la clínica para la aplicación del cuestionario.
- b).- El trabajador que no acepte voluntariamente la aplicación del cuestionario a realizar en su totalidad.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.- Todo derechohabiente o trabajador de Clínica Medicina Familiar del cual se extravíe el cuestionario o que haya sido llenado en forma incompleta.

DEFINICION DE VARIABLES:

ESTRUCTURA. Son las características relativamente estables de los proveedores de atención, de instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabaja.

El concepto de estructura estudia el propósito del organismo: Incluye los recursos humanos, físicos y financieros del mismo y su organización. Todos ellos constituyen " El agente" de la atención de la salud.

Los componentes de la evaluación de la estructura son:

- 1.- Universo de trabajo. Se evaluó en base a la población

inscrita a la Clínica Medicina Familiar en el área de acción correspondiente.

- 2.- Morbilidad. Se tomó en cuenta las diez principales causas de consulta en la Clínica Medicina Familiar.
- 3.- Características del inmueble. Se evaluó lo apropiado o inapropiado en cuanto a capacidad o adecuación para la atención a la población y su distribución con áreas de atención de acuerdo con programas o actividades a realizar. Asimismo se evaluaró si el tipo de unidad corresponde al nivel de atención médica asignada. Se verificó también que las instalaciones sean adecuadas, funcionales y suficientes.
- 4.- Congruencia de los programas. En este punto se efectuó la evaluación de los programas que realiza la Unidad para determinar su congruencia con las 10 principales causas de demanda de consulta.
- 5.- Estructura organizacional. Se presenta el organigrama ideal de Clínica Medicina Familiar con las plazas ocupadas, las plazas vacantes autorizadas y plazas vacantes proyectadas no autorizadas presupuestalmente.
- 6.- Recursos materiales. Se cuantificó el mobiliario y equipo existente, lo adecuado o suficiente y si los insumos médicos están de acuerdo a la demanda y concentración para la población a atender.
- 7.- Recursos financieros. Se evaluó la suficiencia o insuficiencia de los recursos asignados a las principales partidas presupuestales necesarias para la correcta operación de la Unidad.

PROCESO. Se define como comportamiento normativo, cuyas normas derivan de las ciencias médicas, ética y de valores de la sociedad, está orientado para ofrecer una atención integral para la conservación y recuperación de la salud aprovechando todos los recursos disponibles.

El proceso de la atención médica está constituido por las actividades secuenciales que relacionan al prestador de los servicios con el usuario y comprende los siguientes elementos que se evaluarán a través del cuestionario para usuarios y el cuestionario para trabajadores de la salud.

1.- Oportunidad de la atención. Consiste en otorgar los servicios en el momento en que se requieran debiendo comprender: accesibilidad a la Unidad, diferimiento del servicio y tiempo de espera del usuario.

2.- Atención integral. Comprende el proceso de la atención del paciente a través del estudio clínico y paraclínico, comprende:

- a).- Evaluación inicial e integral del caso.
- b).- Información oportuna a los pacientes sobre el diagnóstico, los cuidados, programas de estudio y tratamiento de su padecimiento.
- c).- Establecimiento oportuno del diagnóstico y tratamiento para la resolución oportuna del problema de salud.
- d).- Presentación de complicaciones durante el tratamiento.

3.- Satisfacción del prestador de los servicios. Se refiere al logro personal y a sus expectativas de superación en el trabajo. Considerando los siguientes aspectos:

- a).- Disponibilidad y adecuación de áreas físicas, mobiliario equipo e instrumental.

- b).- Suficiencia y calidad de materiales de consumo.
- c).- Suficiencia y capacitación de recursos humanos.
- d).- Ubicación del trabajador de salud de acuerdo con su preparación académica y su perfil profesional.
- e).- Reconocimientos a los logros del trabajador de salud por sus superiores y compañeros.
- f).- La remuneración del trabajador de salud, congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.
- g).- La existencia de conflictos del trabajador de salud en relación con el contrato de trabajo.
- h).- Opinión del trabajador de salud sobre calidad del servicio de consulta externa.
- i).- Apoyo que recibe el trabajador de salud de otras áreas para el mejor desempeño de su trabajo.
- j).- Opinión del trabajador acerca de mecanismos de supervisión y control.

4.- Enseñanza. La enseñanza y capacitación del personal para atender los problemas de salud de la población usuaria. Comprende el grado de desarrollo y actualización del trabajador de la salud.

RESULTADOS. Los resultados de atención médica son el producto del proceso de atención, por lo que el análisis de relación entre ambos permite conocer un aspecto importante de atención prestada y su impacto en la salud. Los resultados se evaluarán a través de la satisfacción del usuario, que es, el grado de concordancia entre las expectativas del usuario y su apreciación de la atención recibida. Comprende los siguientes conceptos a evaluarse mediante el cuestionario para usuarios:

- a).- El trato del personal de salud.
- b).- El ambiente del consultorio en cuanto a privacidad y comodidad.
- c).- La atención oportuna de quejas verbales o escritas.[18]

MEDICION DE LAS VARIABLES DE OBSERVACION:

Utilizamos una escala de medición NOMINAL. estableciendo grupos de acuerdo con la presencia o ausencia de un atributo.

Las variables se midieron a través de cuestionarios para usuarios y para trabajadores de la salud y de los cuestionarios para la evaluación de la Unidad y estructura.

El cuestionario de usuarios evaluó de la siguiente manera:

- A) Las preguntas 1, 2 y 3 para la Oportunidad de Atención.
- B) Las preguntas 4, 5, el Proceso de Atención. (Atención Integral)
- C) 6 y 7 la Capacidad Resolutiva.
- d) 7 Complicaciones.
- e) Las preguntas 8, 9, 10 la Calidez de Atención. (Satisfacción del Usuario)
- f) 11 y 12 evaluó Quejas.

El cuestionario para trabajadores de la salud se evaluó de la siguiente manera:

- A) Preguntas 1, 2 y 3 para la Infraestructura.
- B) Preguntas 4, 5, 6 y 7 para el Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación.
- C) Preguntas 8, 9, 10 y 11 para Motivación y Satisfacción Laboral.
- D) Preguntas 12, 13, 14, 15 y 16 para la Continuidad de

atención.

E) Preguntas 17, 18, 19 y 20 para Calidez.

F) Preguntas 21 y 22 para control y supervisión Proceso de Atención del prestador de servicios).

Con la finalidad de darle una calificación más clara a las variables de estudio, se decidió utilizar la siguiente escala de evaluación:

M = Malo - Equivalente 1-60% de respuestas favorables.

R = Regular - Equivalente 61-70% de respuestas favorables.

B = Bien - Equivalente 71-80% de respuestas favorables.

MB = Muy bien - Equivalente 81-90% de respuestas favorables.

E = Excelente - Equivalente 91-100% de respuestas favorables.

La variable Estructura se midió cualitativamente a través de los aspectos de suficiencia e insuficiencia, adecuado e inadecuado, y Sí o No.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en tres meses abarcando desde la fase de preparación de los formularios hasta la aplicación, revisión y organización de los mismos. Este proceso se llevó a cabo por una persona capacitada por el responsable de la realización de esta investigación, médico alumno del segundo año del curso de Especialidad de Medicina Familiar para Médicos Generales del ISSSTE, el cual aplicó los cuestionarios tanto a los derechohabientes como a los trabajadores de la salud y el cuestionario para evaluar los elementos estructurales de la unidad, de donde surge el cuestionario y validarlo.

Cuestionario ya probado y utilizado en una investigación realizada por el C. Dr. Norberto Treviño García Manzo y Dr. Armando Valle González, citados en la referencia bibliográfica número 14, sin embargo se aplicó previamente como prueba piloto para evitar confusiones y familiarizarse con el mismo.

Para llevar a cabo la encuesta a los derechohabientes se tomó una muestra de dos consultorios de Medicina Familiar en cada turno y posteriormente se tomó una muestra de tres derechohabientes de cada consultorio, diariamente. Para la aplicación de la encuesta se abordaron en la sala de espera.

Los trabajadores de la salud de la CMF se seleccionaron en base a un muestreo aleatorio simple de acuerdo al listado que se elaboró. Para la aplicación de la encuesta se abordaron en su área de trabajo en los turnos correspondientes.

El proceso de revisión y tabulación de la información se llevó a cabo diariamente, vaciando la información a un cuadro de tabulación previamente elaborado. Al término de la aplicación de la encuesta y tabulación de datos se procedió a la cuantificación de los mismos, a elaborar porcentajes de cada pregunta y a la clasificación de la información.

Para obtener información de la estructura se aplicó el "Cuestionario de la estructura" y el "Cuestionario para evaluación de la Unidad", los cuales se incluyen como anexo junto a los otros cuestionarios.

ASPECTOS ETICOS

ETICA.-

Durante el presente estudio no se las recomendaciones emitidas en la Declaración de Helsinky en la Ley General de Salud en su articulo 17, publicada en el diario oficial de la federación del 6 de Enero de 1987.

Los resultados de esta investigación serán un dato importante de beneficio de los mismos usuarios derechohabientes de la Clínica Medicina Familiar del ISSSTE, en Culiacán. A los encuestados se le explicó en que consistia su participación, no representando ningún riesgo para ellos ya que tenían completa libertad de llevar o no el formulario, al no solicitarsele su nombre, sino solo la clase se aseguraba con ello el carácter confidencial de su participación y estaba libre de cualquier daño físico, psicológico o social y no se invadió su vida privada.

RESULTADOS

SOBRE ESTRUCTURA.-

La Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Culiacán, Sinaloa, es una Unidad tipo "C" única en el estado. cuenta con una antigüedad de 4 años y 10 meses, por lo que su planta física se encuentra en buenas condiciones generales en su Estructura. Cuenta con una población inscrita de 95,320 derechohabientes.

CARACTERISTICAS DEL INMUEBLE Y RECURSOS MATERIALES

La Unidad se encuentra equipada con 16 consultorios de Medicina Familiar de los cuales se encuentran operando 14. Existen dos consultorios Odontológicos funcionando y equipados con dos unidades dentales en regulares condiciones de uso.

Cuenta con Laboratorio de Análisis Clínicos, con una capacidad física adecuada, ya que cuenta con 4 peines, operando sólo uno de ellos debido a que es limitado al personal y el equipo para las funciones que debiera desempeñar.

También se encuentra una área de Radiodiagnóstico, con un equipo de Rx. Dental en condiciones de operación aceptable; son apoyados por un aparato revelador automático y otro manual.

Existe una área amplia para farmacia, una para medicina preventiva y otra para CEYE, equipada ésta última con una autoclave eléctrica.

Se encontraron dos almacenes, uno para medicamentos y otro para Mantenimiento; una aula de enseñanza y oficina de gobierno; cuenta también con una área más para Archivo Clínico, y vigencia de Derechos.

RECURSOS MATERIALES.- En este renglón se encontró que existe una falta de surtimiento oportuno frecuentemente de medicamentos, papelería y material de curación.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.-La Unidad cuenta con una estructura orgánica para Primer Nivel incompleta, ya que solo cuenta con 7 códigos de confianza de un total de 20 que debieran de existir (ver Organigrama en Anexos).

Las jefaturas vacantes de los servicios contemplados en el organigrama están siendo ocupadas por "encargados", sin el nombramiento y retribución correspondiente.

La plantilla teórica ideal para el buen funcionamiento de la CMF es de 131 plazas, de las cuales 84 están aurotizadas (4 de estas se encuentran vacantes temporalmente), resultando así un total de 47 plazas por autorizar.

CONGRUENCIA DE LOS PROGRAMAS.- De acuerdo al cuestionario para la Evaluación de la Estructura, se encontró que los programas Médico-preventivos que se desarrollan en la Unidad, son congruentes con las diez principales causas de demanda de consulta que se reportan de 1993 a la fecha (cuadro 6), y el logro de sus metas oscilan entre el 80 y 100%.

RECURSOS FINANCIEROS.-Se refirió que las partidas presupuestales para el desarrollo de los diferentes programas operativos, son suficientes para el logro de los objetivos. (Cuadro I)

SOBRE EL PROCESO.-

Encuesta a Usuarios:

La variable Oportunidad de la Atención se evaluó a través de las preguntas 1,2,3 del Cuestionario para Usuarios, obteniendo un

Con el cuestionario aplicado a los trabajadores de la salud, se evalúa la variable Satisfacción del Prestador de Servicios, que es parte del Proceso y alcanzó un 74% de opiniones favorables con una calificación de B (bien). (cuadro V)

En la evaluación de el PROCESO están inmersas cuatro variables a evaluar, tres de ellas corresponden a los Usuarios y son: Oportunidad de la atención, Proceso de la Atención o Atención Integral y Complicaciones; una de las variables corresponde a los trabajadores de la salud y es la Satisfacción del Prestador de los servicios. Dichas variables obtuvieron una opinión favorable entre el 74 y 88%, con un promedio de 82%, lo que califica al PROCESO como MB (muy bien). (cuadro V)

SOBRE EL RESULTADO

Encuestas de opinión a Usuarios.

La variable Calidez (trato del personal de salud) se evaluó en las preguntas 8 y 10, se incluyó la pregunta 9 que investiga el ambiente del consultorio en cuanto a comodidad y privacidad se refiere, dicha variable obtuvo un 91% de opiniones favorables, lo que la califica con MN (muy bien). (cuadro VI)

Se presentaron 38 quejas (10%) de un total de 400 derechohabientes encuestados, mientras que 362 derechohabientes no presentaron ninguna queja (90%). (cuadro II)

De las 38 quejas presentadas, 21 (55%) se atendieron en forma oportuna y amablemente, lo que califica a este componente del RESULTADO como M (malo). (Ver cuadros II y VI)

En cuanto a la calificación del componente quejas, obtiene una calificación de MB (muy bien) en cuanto a quejas no presentadas y M (malo) en cuanto a la atención oportuna y amable de las quejas

que se presentaron en el turno matutino. .

La variable Capacidad Resolutiva se evaluó a través de las preguntas 6 y 7 del cuestionario de usuarios, obteniendo un resultado favorable del 86% lo que la califica con MB (muy bien).

(Ver cuadro II y VI)

En la evaluación del RESULTADO solo están inmersas tres variables a evaluar correspondientes a los usuarios, estas variables son: Calidez, Quejas y Capacidad Resolutiva. Dichas variables obtuvieron una evaluación entre el 55 y el 91% de respuestas favorables, promediando un 80%, que alcanza una calificación de B (bien). (Ver cuadro VI)

CUADRO I.

Evaluación de la estructura
de la C.M.F. ISSSTE Culiacan.sín.

VARIABLES	RESULTADO
UNIVERSO DE TRABAJO	95,320 DERECHOHABIENTE
MORBILIDAD	DEMANDA DE CONSULTA
CARACTERISTICAS DEL INMUEBLE	APROPIADAS
CONGRUENCIA DE LOS PROGRAMAS	CONGRUENTES
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	INADECUADA
RECURSOS HUMANOS	INSUFICIENTES
RECURSOS MATERIALES	INSUFICIENTES
RECURSOS FINANCIEROS	SUFICIENTES

* Fuente : Cuestionario de evaluación de la Unidad
Cuestionario de evaluación de la Estructura

CUADRO II.

Opinion de usuarios segun variables de estudio.

C.M.F. ISSSTE Culiacan, Sin. 1995.

VARIABLE	RESPUESTAS (N=400)	
	Favorable (%)	No favorable (%)
1.-Oportunidad de la atencion.	81	19
2.-Proceso de atencion o atencion integral.	85	15
3.-Capacidad Resolutiva.	86	14
4.-Complicaciones.	88	12
5.-Calidez.	91	9
6.-Quejas (presentadas)	90	10
7.-Quejas (atencion oportuna)	55	45

* Fuente : Encuesta de usuarios.

CUADRO III. Opinion de Medicos y enfermeras segun variables de estudio.
C.M.F. ISSSTE Culiacan, Sin. 1995.

VARIABLE	Medicos (N=14)		Enfermeras (N=9)	
	Favorable (%)	No Favorable (%)	Favorable (%)	No Favorable (%)
1.-Infraestructura.	77	23	56	44
2.-Desarrollo de R.H. y capacitacion.	84	16	75	25
3.-Motivacion y Satisfaccion laboral.	59	41	65	35
4.-Continuidad de la atencion.	58	42	40	60
5.-Calidez.	89	11	75	25
6.-Control y supervision.	96	4	94	6

* Fuente : Encuesta a trabajadores de la salud.

CUADRO IV.

Opinion de trabajadores de la salud segun variables de estudio.
C.M.F. ISSSTE Culiacan, Sin. 1995.

VARIABLE	RESPUESTAS (N=23)	
	Favorable (%)	No favorable (%)
1.-Infraestructura.	65	35
2.-Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitacion.	80	20
3.-Motivacion y Satisfaccion Laboral.	68	32
4.-Continuidad de la Atencion.	51	49
5.-Calidez.	84	16
6.-Control y Supervision.	96	4

* Fuente : Encuesta a Trabajadores de la Salud.

CUADRO V. Evaluacion del Proceso de la Atencion Medica.
C.M.F. ISSSTE Culiacan, Sin. 1995.

VARIABLE	M	R	B	MB	E
	0-60 %	61-70 %	71-80 %	81-90 %	91-100%
1.-Oportunidad de la Atencion.				81	
2.-Proceso de la Atencion o Atencion Integral.				85	
3.-Complicaciones (No Presentadas).				88	
4.-Satisfaccion del Prestador de los Servicios.			74		

* Fuente : Encuesta a Usuarios y Trabajadores de la Salud.

M= MALO

R= REGULAR

B= BIEN

MB=MUY BIEN

E=EXCELENTE

PROCESO DE LA ATENCION

MEDICA= 82%

CALIFICACION: MB(MUY BIEN)

CUADRO VI. Evaluacion del Resultado de la Atencion Medica.

C.M.F. ISSSTE Culiacan, Sin. 1995.

VARIABLE	M	R	B	MB	E
	0-60 %	61-70 %	71-80 %	81-90 %	91-100%
1.-Calidez.					91
2.-Quejas (No Presentadas).				90	
3.-Quejas (Atencion Oportuna).	55				
4.-Capacidad Resolutiva.				86	

* Fuente : Encuesta a Usuarios.

M= MALO

R= REGULAR

B= BIEN

MB=MUY BIEN

E=EXCELENTE

RESULTADO
DE LA ATENCION MEDICA= 80%

CALIFICACION= B(BIEN)

CUADRO VII.

Enfermedades de Mayor Demanda de Consulta en la
C.M.F. ISSSTE Culiacan, Sin. 1993-1995

Num.	1993	1994	1995
1.	Inf. Resp. AGUDAS	Inf. Resp. AGUDAS	Inf. Resp. AGUDAS
2.	Hipertension Arterial E.	Hipertension Arterial E.	Caries
3.	Gastroenteritis	Caries	Hipertension Arterial E.
4.	Otros enf. Inf. y Parasit.	Gastroenteritis	Gastroenteritis
5.	Lumbalgia	Otros Enf. Inf. y Parasit.	Otros Enf. Inf. y Parasit.
6.	Gastritis	Inf. Vias Urinarias	Bronquitis
7.	Bronquitis	Gastritis	Inf. Vias Urinarias
8.	Caries	Bronquitis	Lumbalgia
9.	Diabetes	Lumbalgia	Diabetes
10.	Dermatitis	Diabetes	Gastritis

* FUENTE. Informe "Causas de Demanda de Atencion en la Consulta Externa"

ANALISIS DE RESULTADOS

Tomando en cuenta los aportes bibliográficos mencionados de los diferentes autores acerca del tema "Calidad de la Atención Médica" en la cual se documentó esta investigación, y que figuran entre ellos fundamentalmente A. Donabedian, A. Valle, Norberto Treviño, Aguirre Gas, Frenk, Ruelas y otros más; deberíamos recordar que la Calidad de la Atención Médica depende no solamente de recursos de organización y tecnología, sino, muy importante de factores humanos, los cuales no pueden ser medidos tan fácilmente. De entre ellos se destacan principalmente la educación, la motivación y la moral de los Médicos, enfermeras y demás trabajadores de la Atención a la Salud, y a la relación entre ellos y los pacientes.

Por su parte Donabedian señala los siguientes componentes: La Atención Técnica, el manejo de la relación Interpersonal y el ambiente en que se llevó a cabo el PROCESO.

Para este trabajo, se tomó el modelo de investigación de la "Calidad de la Atención Médica" sugerido por Abedis Donabedian, reconocido investigador en la materia, el cual señala 3 componente de la Calidad: ESTRUCTURA, PROCESO y RESULTADO.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA.-

En resumen, se trata de una Unidad Médica con un ambiente físico aceptable tanto para los usuarios como para los trabajadores de la salud, se aplican los programas adecuados a su morbilidad, pero sin embargo presenta serias deficiencias en plazas de personal, tanto operativo como de confianza; además de presentar deficiencias importantes en cuanto al suministro de materiales de trabajo, motivo por el que recibió la peor calificación por parte

del personal de enfermería, ya que son ellas las que utilizan más este tipo de material (sólo 56% favorable).

ANALISIS DEL PROCESO.

Existe una discrepancia de valores en ésta variable, por un lado los Médicos y enfermeras manifiestan una desmotivación e insatisfacción laboral, principalmente por lo que consideran una insuficiente retribución económica por su trabajo (74%), y por otro lado una fuerte opinión favorable de los usuarios, principalmente por la atención oportuna, atenta y con minimas complicaciones (85%). Lo que nos muestra un alto sentido de responsabilidad de los trabajadores de la salud que a pesar de su opinión llevan a cabo su trabajo con responsabilidad y profesionalismo.

ANALISIS DEL RESULTADO.

Al evaluar este documento se encuentra un usuario que percibe comodidad y privacidad durante la atención, calidez y solución a sus problemas de salud, por lo que manifiesta muy pocas quejas, sin embargo llama la atención que casi la mitad (45%) de las quejas presentadas no se atendieron oportunamente, relacionandose con la falta de personal para atender adecuadamente este servicio.

CONCLUSIONES.

Al terminar el presente trabajo llegamos a ciertas conclusiones que son:

1.- Lo importante que es contar "NO" solo con una unidad materialmente agradable, sino también con el número adecuado de trabajadores de acuerdo al trabajo de cada Unidad Médica, y que este personal cuenta con la capacitación y percepción económica necesaria para exigirle calidad en su producto.

2.- Qué es importante la atención oportuna de las quejas con la finalidad de retroalimentar nuestra información de la responsable de la Atención Médica y hacerlo de una manera directa y personal, no hay que conformarse con la instalación de un buzón de quejas a la entrada de la Unidad.

3.- En cuanto al presente trabajo: Se trata de un estudio que metodológicamente evalúa de manera general la calidad que se brinda en la Clínica de Medicina Familiar en que aplicó, probablemente debamos ser más específicos en cuanto a los servicios o departamentos de la misma clínica. Faltaría unificar criterios para contar con un modelo único y sencillo de formato de evaluación por servicio.

Al evaluar la Calidad de la Atención Médica de una Clínica u Hospital, es un estudio necesario de llevarlo a cabo periódicamente con la finalidad de mostrarnos la realidad, no solo en cuanto a el logro de metas (eficacia), sino también de conocer la satisfacción de nuestros trabajadores de la salud y en qué aspectos necesitan ser apoyados para su mejor desempeño.

Indiscutiblemente que es de gran utilidad para conocer la opinión

tan importante de el PACIENTE, ese individuo que en compañía de su familia es, a final de cuentas, nuestra razón de ser.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cordera A., Boben Rieth M. Administración de sistemas de Salud. Tomo II. pág. 544-548.
- 2.- Donabedian A. Veinte años de investigación entorno a la Calidad de la Atención Médica, 1964-1984. Rev. Salud Pública de México. Vol. XXX, No.2, 1988.
- 3.- Treviño Norberto, Valle Armando. Mejoría de la Calidad de la Atención Médica. Gaceta Médica de México. Vol. 128, No. 4, 1992.
- 4.- Cordera A., Boben Rieth M. Administración de sistemas de Salud. Op. cit. pág. 534-535.
- 5.- Cordera A., Boben Rieth M., Administración de Sistemas de Salud. Op. cit. pág. 553.
- 6.- Ruelas-Barajas E. Calidad, Productividad y Costos. Rev. Salud Pública de México. Vol. 35, No. 3, 1993.
- 7.- Verheeggen, FW SM, Harteloh PPM. La Calidad de Servicio en la Atención a la Salud: Aplicación de resultados de la Investigación Mercadotécnica. Rev. Salud Pública de México, Vol. 35 No. 3, 1993.
- 8.- Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la Calidad. Rev. Salud Pública de México. Vol. 35, No. 3, 1993.
- 9.- Salinas Oviedo A. La satisfacción Laboral y su papel en la evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Vol. 36, No. 1. 1994.
- 10.- Vega Mendez J, Gutierrez Cervantes A, Rios Benitez B. La Calidad de la Atención Médica: Prioridad en la nueva práctica de la Medicina. Perinatología y Reproducción Humana. Nol. 8, No. 2. 1993.
- 11.- Frenk J, Peña J. Bases para la Evaluación de la Tecnología y la Calidad de la Atención a la Salud. Rev. Salud Pública de México. Vol. 30, No. 3, 1988.
- 12.- Gish Oscar. Investigaciones mínimas de Atención a la Salud para la Sobrevivencia en la Infancia. Rev. Salud Pública de México. Vol. 30, No.3, 1988.
- 13.- Aguirre Gass H. Calidad Total en la Atención Hospitalaria. Rev. Mexicana de Seguridad Social. Cuestión Social. No. 30, 1993.
- 14.- Ponce de León Samuel. Reflexiones sobre la Calidad de la Atención Médica en México. Rev. Inv. Clin. Vol 44, No. 3, 1992.
- 15.- Aguirre Gass H. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Rev. Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2, 1990.

16.- Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana. Mexico. Primera reimpression 1991.

17.- Sistema Nacional de evaluación. Manual de evaluación de la Calidad de la Atención Médica. S.S.A. 1992.

18.- Subdirección General médica. Norma para la Garantía de la Calidad de la Atención Médica. I.S.S.S.T.E. 1991.

19.- Ruelas Barajas E. De la Cantidad a la Calidad y de la evaluación a la Garantía. Rev. Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2, 1990.

20.- Ruiz de Chavez M, Martinez Nerváez G. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del sector Salud. Rev. Salud Pública de México. Vol. 32, No. 2, 1990.

21.- Ruelas Barajas E. Hacia una estrategia de garantía de la calidad, rev. Salud Pública de México, Vol. 34, suplemento 1992, pág. 26.

A N E X O S

" CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA ESTRUCTURA "

- 1.- ¿ CUAL ES EL UNIVERSO DE TRABAJO DE LA CMF ?

- 2.- ¿CUALES SON LOS PADECIMIENTOS QUE DEMANDAN MAS CONSULTA EN LA CMF ?

- 3.- ¿ QUE CARACTERISTICAS TIENE EL INMUEBLE , SU DISTRIBUCION POR AREAS DE ATENCION Y SI ES SUFICIENTE , ADECUADO Y FUNCIONAL ?

- 4.- ¿ CUALES SON LOS PROGRAMAS MEDICO-PREVENTIVOS QUE SE DESARROLLAN EN LA CMF ?

- 5.- ¿ CUAL ES EL ORGANIGRAMA DE LA CMF ?

- 6.- ¿ CUANTAS PLAZAS SE ENCUENTRAN OCUPADAS Y CUANTAS SE ENCUENTRAN VACANTES ?

- 7.- ¿ CONSIDERA USTED QUE EXISTEN FALTANTES DE PLAZAS PARA LA BUENA OPERATIVIDAD DE LA CMF ?

- 8.- ¿ EL MOBILIARIO Y EQUIPO ES SUFICIENTE Y ADECUADO ?

- 9.- ¿ LOS INSUMOS MEDICOS SON ABASTECIDOS DE ACUERDO A LA DEMANDA Y EN FORMA OPORTUNA ?

- 10.- ¿ SON SUFICIENTES LAS PARTIDAS FINANCIERAS PARA EL BUEN DESARROLLO DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS OPERATIVOS DE LA CMF ?

CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE LA UNIDAD
1.- DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre de la Unidad Médica _____
 Tipo de Unidad _____ Zona _____
 Domicilio _____ Localidad _____
 Municipio _____ Entidad federativa _____
 Código postal _____ Teléfono _____
 Responsable de la Unidad _____
 Cargo _____
 Fecha de elaboración _____

2.- POBLACION Y COBERTURA

2.1 Población derechohabiente _____
 2.2 Población potencial _____
 2.3 Población usuaria _____

3.- RECURSOS FISICOS

Consultorios	Existentes	En operación	Existent.	En operación
3.1 Generales	_____	_____	3.9 Farmacia	_____
3.2 De especialidad	_____	_____	3.10 Almac. Medic. de Mantenim.	_____
3.3 Odontológicos	_____	_____	3.11 Aula Enseñanza.	_____
3.4 Otros	_____	_____	3.12 Medicina Prev.	_____
3.5 Unidades dentales	_____	_____		
3.6 Peines de laboratorio	_____	_____		
3.7 Gabinetes de radiodiagnóstico	_____	_____		
3.8 C.E.Y.E.	_____	_____		

4.- RECURSOS HUMANOS

PLAZAS	Médicos		Odontólogos		Enfermeras			Técnicos Paramédicos	Administrativos	Otros
	En contacto con pacientes		En otras actividades	En contacto	Otras activ.	Auxiliares	Generales			
	Grates.	Esp.								
Autorizadas										
Existentes										

Base	Confianza	Eventual

5.- ESPECIALIDADES EXISTENTES

Especifique _____

6.- MORBILIDAD

ENFERMEDADES DE MAYOR DEMANDA DE CONSULTA EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN CULIACAN 1993 - 1995			
No. / AÑO	1993	1994	1995
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			
8.-			
9.-			
10.-			

" CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA "

" USUARIOS "

Fecha: _____ C. No. _____

Nombre del entrevistado: _____ Cédula: _____

Tipo de derechohabiente: _____ Escolaridad: _____

Nombre del entrevistador: _____ No. de consultorio: _____

TURNO DE COSULTA; _____ EDAD: _____

- 1.- ¿ Tardó menos de 60 minutos en trasladarse de su vivienda a ésta unidad ?
SI NO
- 2.- ¿ Lo atiende el médico el mismo día que solicita la atención ?
SI NO
- 3.- ¿ Lo hicieron esperar mas de 30 minutos para atenderlo ?
SI NO
- 4.- ¿ En cada consulta le pregunta el médico sobre sus molestias, y cuando es necesario le realiza exámen médico, le prescribe estudios y medicamentos ?
SI NO
- 5.- ¿ Le informa el médico sobre su padecimiento y los cuidados que debería tener en su domicilio ?
SI NO
- 6.- ¿ Le solucionó el problema por el cual Usted acudió a ésta unidad ?
SI NO
- 7.- ¿ Presentó problemas durante su tratamiento ?
SI NO
- 8.- ¿ El trato del médico fué amable ?
SI NO
- 9.- ¿ Considera usted que el consultorio es cómodo y permite privacidad en la atención ?
SI NO
- 10.- ¿ Se siente usted satisfecho con la atención médica proporcionada ?
SI NO
- 11.- ¿ Ha presentado usted alguna queja sobre la atención recibida ?
SI NO
- 12.- ¿ Se le atendió oportunamente y amablemente la queja presentada ?
SI NO

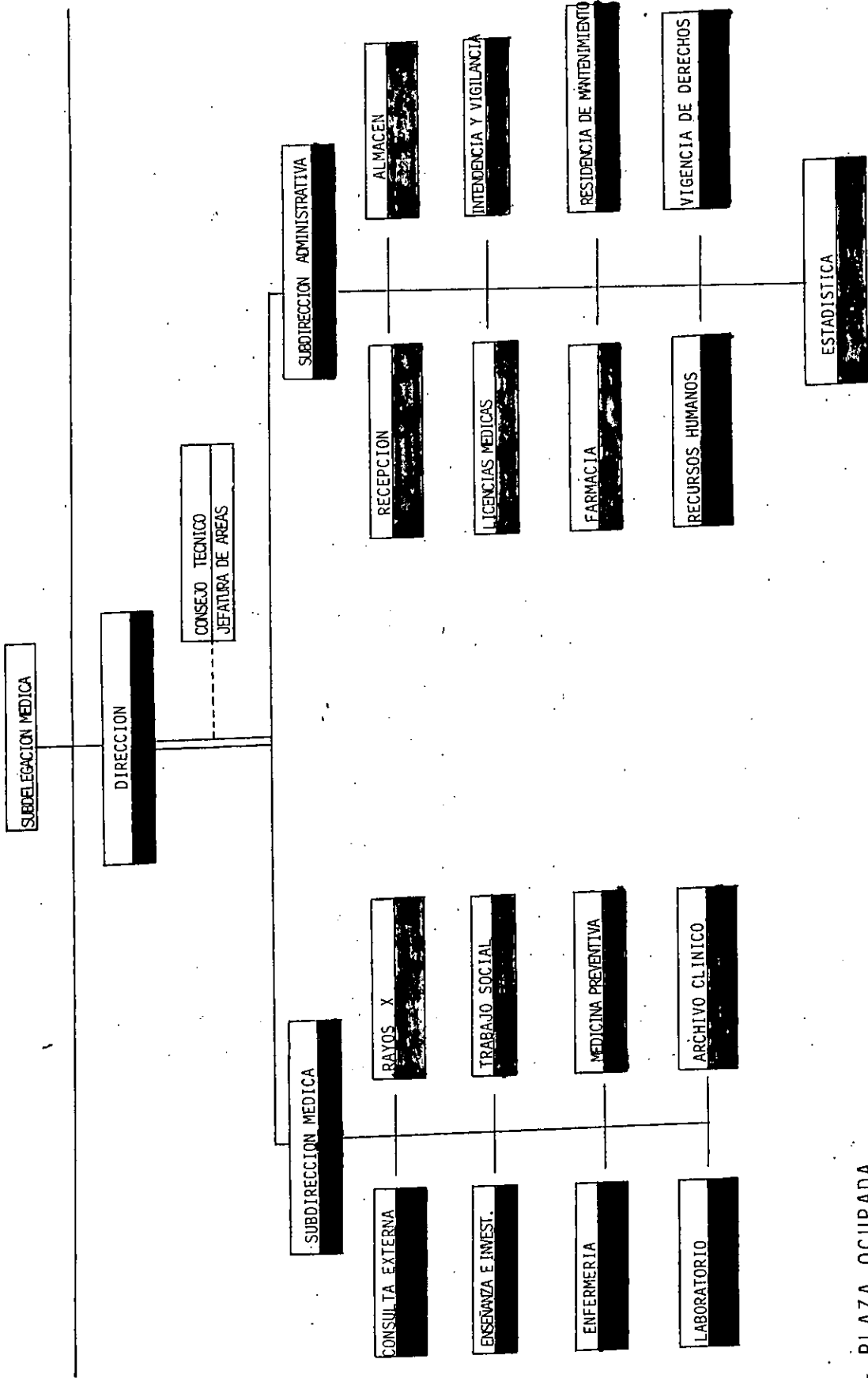
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CULIACAN, SINALOA

" CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA"
" TRABAJADORES DE LA SALUD "

Nombre del entrevistado: _____ fecha _____ C. No. _____
Puesto que ocupa: _____ entrevistador: _____

- 1) ¿Dispone usted del área física, mobiliario e instalaciones adecuadas para realizar su trabajo?
SI NO
- 2) ¿Le suministran con oportunidad y cantidad suficiente los materiales de consumo para la atención de los pacientes?
SI NO
- 3) ¿Cuenta usted con el apoyo de otros servicios para el diagnóstico y manejo adecuado de pacientes?
SI NO
- 4) ¿Ha recibido usted algún curso de capacitación para mejorar el desempeño de su trabajo ?
SI NO
- 5) ¿Se realizan y asiste usted a reuniones de trabajo para analizar y resolver problemas de atención a pacientes ?
SI NO
- 6) ¿Considera usted que las funciones que realiza están acordes a su formación académica ?
SI NO
- 7) ¿El trabajo que usted realiza le brinda oportunidad de superación profesional y estabilidad laboral?
SI NO
- 8) ¿Se dan reconocimientos y estímulos al personal que destaca por eficiencia y productividad?
SI NO
- 9) ¿Sus compañeros de trabajo le solicitan y usted les proporciona apoyo para la atención de pacientes?
SI NO
- 10) ¿Alguno de sus compañeros o usted tiene problemas de orden laboral que interfiera con la atención de pacientes?
SI NO
- 11) ¿Considera usted que la remuneración económica que percibe es congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo ?
SI NO
- 12) ¿Considera usted que el servicio de consulta externa es suficiente y de buena calidad según su nivel de atención?
SI NO
- 13) ¿El servicio de laboratorio brinda apoyo suficiente y oportuno para la integración de diagnóstico ?
SI NO
- 14) ¿El servicio de RX brinda apoyo suficiente y oportuno para la integración de diagnóstico ?
SI NO
- 15) ¿El servicio de farmacia brinda apoyo suficiente y oportuno en el surtimiento de recetas?
SI NO
- 16) ¿El traslado o referencia de pacientes se realiza en todos los casos que ameritan de acuerdo con su problema de salud?
SI NO
- 17) ¿Considera usted que las enfermeras son amables y comedidas con los pacientes?
SI NO
- 18) ¿Considera usted que el trato que proporcionan los médicos es amable y humano?
SI NO
- 19) ¿El personal paramédico y administrativo atiende con cordialidad y esmero a los usuarios?
SI NO
- 20) ¿Se atienden las quejas que manifiestan los pacientes y sus familiares?
SI NO
- 21) ¿El control de asistencia es aceptable y conveniente para el desarrollo del trabajo?
SI NO
- 22) ¿La supervisión del trabajo que usted realiza es respetuosa y le permite superar fallas?
SI NO

"ORGANIGRAMA DE LA C.M.F. ISSSTE. CULIACAN, SIN."



ROJO = PLAZA OCUPADA.

VERDE = PLAZA VACANTE PROYECTADA
NO AUTORIZADA PRESUPUESTALMENTE.

AMARILLO = PLAZA VACANTE AUTORIZADA.